



Universidad Del Salvador USAL
Facultad de Psicología y Psicopedagogía
Decana: Prof. Dra. Gabriela Renault PhD

Doctorado en Psicología USAL
Director: Prof. Dr. Ignacio Barreira PhD

Grupo de investigación en Lo Disruptivo y/o el Psicoanálisis
Director: Prof. Dr. Moty Benyakar M.D. PhD

Tesis Doctoral:

**EL SUICIDIO COMO EVENTO DE ALTA DISRUPTIVIDAD PARA
ALLEGADOS: DERIVACIONES Y METABOLIZACIÓN**

Doctoranda: Lic. Diana Altavilla
Directora de Tesis: Dra. Silvia Acosta Ph.D
Co-Director de Tesis: Prof. Dr. Andrés Rascovsky

Fecha de Presentación: 20 de Octubre de 2017

Diana Altavilla
Tesis Doctoral
Universidad del Salvador – Asociación Psicoanalítica Argentina
Buenos Aires

A. RESÚMEN	5
B. AGRADECIMIENTOS	6
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1. JUSTIFICACIÓN	24
1.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	37
COMO SE TRABAJA EN EL MUNDO Y EN ARGENTINA	37
DIFERENCIAS ENTRE DUELO Y AFECTACIÓN	39
ORÍGENES DE LA PROPUESTA Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	43
CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO	45
a) Modelo Ecobioético	45
b) Modelo Ficcional: la ficción como demanda	46
1.3. POSTULADO	50
2. ESTADO DEL ARTE	51
2.1. MODELO DEL GRUPO DE MEMPHIS – ROBERT NIEMEYER	51
2.2. MODELO DEL APRENDIZAJE TRANSFORMADOR - AUSTRALIA	54
3. ANTECEDENTES	55
3.1. EDWIN SCHNEIMAN	55
3.2. KAROLINSKA INSTITUTE - SUECIA	58
4. MARCO TEORICO	59
4.1. MODELO DE LO DISRUPTIVO – BENYAKAR	59
4.2. MARCO PSICOANALÍTICO	63
4.3. MODELO DE LA COMPLEJIDAD DE MORÍN	64
5. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	66
5.1. PREGUNTA PROBLEMA	66
5.2. HIPÓTESIS PRINCIPAL	66
5.3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	66

5.4. SITUACIÓN EPISTÉMICA	68
ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN	68
ESTUDIO DE CAMPO	70
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	71
MUESTRA DE INVESTIGACIÓN	71
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	72
a) Recortes de sesiones como unidades narrativas	73
b) Escala de Sucesos de Vida (adaptación Zukerfeld)	76
SÍNTESIS DE LOS DATOS CONSTRUIDOS A PARTIR DE LAS CATEGORÍAS (EJES) DE OBSERVACIÓN	76
6. RESULTADOS	95
6.1. CONCEPTOS PREVIOS	95
6.2. CASO POR CASO	98
6.3. DIMENSIÓN CLÍNICA (DC)	101
6.4. DIMENSIÓN DE SIGNIFICACIÓN (DS)	104
LA CUESTIÓN DEL SILENCIO	104
a) Silencio Social: El tabú como mandato colectivo	105
b) Silencio Grupal: la verdad oculta	107
c) Silencio Personal: La mudez	109
ARTICULACIÓN DE LOS TRES CONCEPTOS EN INTERRELACIÓN DINÁMICA. MODELO ARTICULADO: EL APOORTE CONCEPTUAL	113
a) La cuestión del Legado	114
b) El enigma: La pregunta por el porqué del suicidio.	119
c) La cuestión de la Participación	121
6.5. EL CONCEPTO DE AFECTACIÓN Y AFECTADO	123
6.6. SUICIDIO COMO EVENTO DE ALTO IMPACTO DISRUPTIVO	126
6.7. PROCESAMIENTO DE LA EXPERIENCIA DISRUPTIVA	129
6.8. DISCUSIONES	138
7. CONCLUSIONES	141
6.9. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE TRABAJO E INVESTIGACIÓN	143

Diana Altavilla
Tesis Doctoral
Universidad del Salvador – Asociación Psicoanalítica Argentina
Buenos Aires

A. RESÚMEN

Un suicidio es un evento, un hecho fáctico, que provoca una enorme conmoción en las personas cercanas, en aquellas con cercanía física próxima y en aquellas con proximidad afectiva, que cambia radicalmente la vida de aquellos con los que el suicida tenía o hubiera tenido algún vínculo.

Conceptualizar los fenómenos que del impacto de un evento de suicidio próximo se generan en el psiquismo de los allegados, en sus vínculos afectivos y sociales y las derivaciones producidas en el entorno, son las metas de esta investigación.

Delimitar y desarrollar las variables intrapsíquicas que determinan el deterioro de la inmunidad psíquica, de las patologías emergentes a partir de este y, en especial, aquellas que puedan aumentar el potencial de riesgo suicida, especialmente en personas en situación de vulnerabilidad será asimismo de interés especial.

Esta tesis investiga, con marco en el psicoanálisis las modificaciones intrapsíquicas que un evento de suicidio precipita, tomando como muestra el análisis de 10 personas adultas residentes en Argentina en distintas áreas urbanas y suburbanas que han pasado en su historia vital por episodios de suicidios próximos.

Para dicho análisis se dispuso de entrevistas en profundidad para el aporte de datos cualitativos, de lo suministrado por las Escalas de Sucesos de Vida administradas y de un registro puntual de ejes que entrecruzan el material de la muestra.

Es de interés que dicha investigación aporte material para la mejor comprensión de un proceso multifactorial de difícil acceso y proporcione ejes para el trabajo clínico de postvención con los allegados y el entorno luego de eventos suicidas.

Palabras clave: Suicidio - Allegados - Impacto – Metabolización

B. AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Gabriela Renault, por su siempre presente afecto, calidez de espíritu para transmitir como Decana de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador, de Buenos Aires, el valor de la perseverancia en los momentos difíciles.

A todas las autoridades de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador en la figura del Dr. Ignacio Barreira.

Al Prof. Dr. Moty Benyakar, por haber puesto la semilla de la investigación cuando presentó sus conceptos teóricos sobre lo disruptivo y ser un motor en estos intensos y fructíferos años del Grupo de Investigación sobre Lo Disruptivo y/o el Psicoanálisis.

A la Dra. Silvia Acosta, directora de esta tesis, por su compromiso, visión del proyecto, constante fuerza de trabajo, cariño y aliento permanente.

Al Dr. Andrés Rascovsky, por confiar y aceptar acompañar este proyecto como co-director de tesis.

A la Dra. Ana María Chávez Hernández de la Universidad de León Guanajuato – México-, que me buscó y apoyó desde los primeros trabajos en 2003 y a su colega el Dr. Luis Fernando Macías García que desde la Universidad de Guanajuato se comprometieron con la prevención. A todos los amigos y colegas mejicanos que apreciaron mi interés en trabajar con las sombras.

A la Lic. Ana María Del Cueto, mi analista de estos años, allí siempre presente, por recordarme que la constancia en las metas es el mejor camino para la superación de las adversidades.

A mis padres, que inculcaron en mí el valor de la superación, del afecto y la presencia, ante todo.

Un agradecimiento especial a mis queridos hijos Macarena, Gonzalo y Manuel, y las hermosas familias que supieron construir. A mis queridos nietos Emma, Tomás y Josefina que me hacen saber a cada instante que debemos aportar para un mundo mejor.

A Pablo, por su cariño, por acompañarme en este presente y por apostar a un futuro compartido.

A mis amigos y colegas, Andrea Kral, Diana Cohen Agrest, Alicia Donghi, Gisela Untoiglich, Enrique Stein, Silvia Quesada, Adriana Figueras, Nazli Kalayci, Marcela Santantón y otros, que desde el psicoanálisis, la docencia, el arte y las letras, nutrieron mi espíritu y encendieron mi alma.

A los colegas de tanta experiencia y con los que compartimos el Grupo de Investigación sobre Lo Disruptivo y/o el Psicoanálisis del Doctorado en Psicología de la Universidad del Salvador: Claudia Lara, Irene Cambra Badii, Hilda Catz, León Cohen Bello, Mirta Fattori, Mónica Vargas, María Elena Moreno como tantos otros.

A la Lic. Marcela Mansilla por su colaboración permanente y ser mi “mano derecha” en esta tesis.

Al Lic. Roberto Urdinola, por compartir en los inicios una idea que luego se hizo fructífera en mí.

A mis alumnos, que no cesaron en cuestionar ideas y conceptos además de confirmar la praxis.

Y especialmente a mis pacientes y todos aquellos que se acercaron a transmitir sus vivencias, permitiéndome comprender una realidad difícil pero aleccionadora rompiendo el silencio que en lo social y profesional hay aún sobre el tema.

1. INTRODUCCIÓN

*Los muertos son seres invisibles,
no ausentes.
San Agustín*

*La muerte prematura es por definición la que va a entrañar
los mayores riesgos, despojado de lo que le quedaba de vida,
la víctima regresa para acosar a los vivos
Mayett Viltard*

*El suicidio es un elemento suplementario que ingresa en la escena y nos arranca del tiempo
empírico, que es el tiempo previsible, calculable, planificable.
Heidegger*

Esta tesis no pretende investigar sobre la psicopatología del suicidio sino que intenta investigar las consecuencias intrapsíquicas de los sujetos próximos frente al evento suicida que se ha producido, su correlato en cuanto a calidad de vida y las consecuencias a posteriori del hecho en los modos de procesamiento y vinculación con el entorno.

Cuando comenzaba el siglo XXI y en Argentina se desencadenaba una de las peores crisis económicas y sociales que en el país se hubieran producido, un pequeño grupo de psicoanalistas intentaban encontrarse con algunas respuestas a dilemas que comenzaban a evidenciar el impacto que resultaría de aquella crisis nacional. Casi sin saberlo buscaban una explicación al entonces aumento desmesurado de problemáticas con raíces psicológicas comunes con estados depresivos de distinto grado (autolesiones cortantes, abusos sexuales, laborales y escolares, violencia casi constituida en un conflicto civil sutil y persistente, trastornos alimentarios, etc.)

En ese entonces y por la coincidencia de la demanda médica de atención psicológica de tres pacientes con antecedentes familiares de suicidio¹ en un hospital general del conurbano de la Ciudad de Buenos Aires, se vieron interesados por el relato que de ellos hicieran los pacientes y las coordenadas similares que presentaban. Los tres pacientes tenían antecedentes familiares de larga data, algunos de más de veinte años de transcurrido el evento de suicidio, pero la clave estuvo en que podía visualizarse las derivaciones que el impacto del suicidio había provocado en sus vidas. La novedad era que estos pacientes habían sido

tratados psicoterapéuticamente en varias etapas de sus vidas por patologías diversas y referían que en ninguna de ellas el evento de suicidio de su historia vital había sido interpelado por los profesionales actuantes e implicaba que ellos mismos desestimaran el valor que en sus vidas este evento pudiera tener, incluso para los procesos patológicos posteriores que se hubieran sucedido. Cuando en el abordaje psicodinámico que comenzaban se dio posibilidad de desplegar el tema, no solo mejoraron su estado emocional sino que evidenciaban una evolución positiva de la patología física por la que se los derivara nuevamente a psicoterapia.

Esta tesis es producto de la integración y conceptualización del trabajo de más de quince años de clínica e investigación sobre la problemática del suicidio y las consecuencias en los allegados y su entorno, en especial; fundando, integrando, y colaborando con equipos de trabajo ante la emergencia y aumento de los índices de suicidio en la población de Argentina.

Durante los tiempos posteriores a la crisis económica del 2001 en Argentina y ante el aumento de los índices de suicidio e intentos de suicidio que venían aconteciendo, resultaba necesario la investigación sobre las coordenadas que en la clínica tradicional se señalaban como recurrentes a posteriori de suicidios, como lo eran los efectos de identificación, los estados depresivos de diversa magnitud, y las patologías asociadas a la elevación de los estados de ansiedad y angustia, como en aquel momento eran los trastornos psicosomáticos y consumos problemáticos, entre otros.²

En aquel entonces y considerando la magnitud del problema se abocó a la búsqueda de bibliografía y escritos al respecto, tanto en la clínica psicológica tradicional con énfasis en la bibliografía psicoanalítica.

Los primeros documentos que fueron relevados eran las indicaciones que la Organización Mundial de la Salud (OMS) tenía para abordar población en situación de vulnerabilidad por ideación y/o intento de suicidio delimitando como la relación con un suicidio –tener antecedentes familiares- era uno de los primeros cinco factores para el aumento del riesgo de suicidio.

² Investigación iniciada por el Lic. Roberto Urdinola y la Lic. Diana Altavilla en el CAFS Centro de Atención al Familiar del Suicida –Tres de Febrero-Pcia. Buenos Aires – Argentina.

Sin embargo, a pesar de dar sugerencias sobre el abordaje de las situaciones vinculadas a suicidio en ámbitos escolares, profesionales de emergencia y medios de comunicación, la indicación para allegados en suicidios consumados era la de constituirse en grupos de ayuda mutua (que carecen de profesionales coordinadores). Hasta el momento, más de quince años después de elaborados estos informes públicos, la OMS continúa sugiriendo los grupos de ayuda mutua cuando de familiares de suicidas se trata.

En ese momento y en claro disenso con esas indicaciones se inició una investigación en paralelo a la creación de dispositivos de asistencia a familiares y allegados por suicidio.

El Acta Psiquiátrica de Suecia de 1998 afirma que el 72% de los suicidas refieren antecedentes familiares o amigos suicidas. En 2005 la Unión Europea confirmó que el 35 % de la población tiene un familiar o alguien cercano que se ha suicidado y en 2004 en el Encuentro de Ginebra (Suiza) la Subdirectora de la OMS para Enfermedades no transmisibles y Salud Mental, Dra. Catherine Le Galés-Camus, corroboró lo dicho afirmando que **“cada suicidio supone la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos.”**

Según el informe de la última década suministrado por la Organización Mundial de la Salud (SUPRE, 2012) cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad "global" de 16 por 100.000, o una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. Se estima que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas. Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo. Los trastornos mentales (especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte; en los países asiáticos, sin embargo,

tiene especial importancia la conducta impulsiva. El suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales.

La OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública. El primer informe mundial de la OMS sobre el suicidio, “Prevención del suicidio: un imperativo global”, publicado en 2014, procura aumentar la sensibilización respecto de la importancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, y otorgar a la prevención del suicidio alta prioridad en la agenda mundial de salud pública. También procura alentar y apoyar a los países para que desarrollen o fortalezcan estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública. El suicidio es una de las condiciones prioritarias del Programa de acción para superar la brecha en salud mental establecido por la OMS en 2008, que proporciona orientación técnica basada en pruebas científicas con miras a ampliar la prestación de servicios y atención de problemas de salud mental, neurológicos y abuso de sustancias. En el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 los Estados Miembros de la OMS se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para 2020.³

Entre los años 1960 y 1988, en la Argentina, la tasa de prevalencia de suicidios aumentó del 3.6 % al 11,3 % por cada cien mil habitantes entre quienes tienen quince y diecinueve años. El aumento es mucho más significativo en la población adolescente (200%) que en la población general. (Casullo, 1994).

Para el año 2008 según el relevamiento epidemiológico del Ministerio de Salud de la Nación, las defunciones por suicidio representaban una tasa mayor a la de homicidios en las franjas etarias de 15-24 años (solo superadas por las defunciones por accidentes), de 25-34 años (solo superadas por accidentes, tumores y enfermedades infecciosas), como las de 35-44 años (superadas por las de accidentes, tumores y enfermedades cardio-respiratorias). En todas, la tasa de homicidios era más baja que la de suicidios. En la franja etaria de 15-24 años correspondía al 19.1 por cien mil hab.- en hombres con un tercio mayor que la de homicidios.

En el año 2008, se registraron un total de 20.009 muertes por lesiones de las cuales 4.670 fueron por accidentes de transporte, 6.415 por otros accidentes, 3.123 por suicidio,

³ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

1.834 por homicidio, 2.807 fueron eventos de intención no determinada y 1.160 por otras causas externas (las cuales podrían ser suicidios en buena parte).⁴ “En 2007, la Región Patagonia registró la tasa más alta en jóvenes varones (38,25 por cien mil hab.)”.

Por cada suicidio consumado podemos calcular entre grupo familiar, compañeros de trabajo y/o estudios y vínculos de la comunidad, un mínimo de 50 personas que están expuestas a las derivaciones del acto suicida siendo damnificados en posible vulnerabilidad; es decir, que tendríamos **durante el 2008 una población de 354.500 personas directamente relacionadas** con muertes autoinflingidas, de intención no determinada y otras causas externas factibles de ser suicidios por subregistro, como las defunciones asentadas en los registros como traumatismos en situación de riesgo –exceso de velocidad, estados de embriaguez y autolesiones cortantes entre otras.

Las tasas más altas se presentan en los años que corresponden a la crisis económico-social en Argentina (2000-2003). “En la Región NOA, fue la población joven masculina quien registró las tasas más altas de mortalidad por suicidio en cada uno de los años investigados, a excepción de los años 2000 y 2007, donde las tasas en la población adolescente superaron las de la población joven. Mientras que en 1988 los suicidios de varones representaban 67% del total de suicidios de 15 a 24 años, en 2008 llegaban al 78%.”⁵

¿Alguien puede afirmar que un suicidio no lo afecta? ¿Alguno puede decir que no lo afecta el suicidio de un vecino, de un personaje público, de un amor o de un compañero? ¿Alguno puede decir que el tema no le corresponde aun siendo un acto ajeno?

Más allá de los escritos sobre la conducta suicida y las situaciones de “contagio” o identificación con el suicida, poco era lo investigado sobre los efectos que en el psiquismo de los allegados produce el acto, a pesar de que las organizaciones mundiales que trabajan en prevención argumentaban, como aún lo hacen, sobre la relevancia -entre los cinco factores más importantes- que los antecedentes familiares de suicidio y las pérdidas afectivas recientes tienen para el aumento del riesgo suicida (OMS, 2010 o s.f.⁶).

⁴ Fuente DEIS: Ministerio de Salud de la Nación

⁵ Idem.

⁶ <http://www.who.int/publications/list/9241545941/es/>

Las estrategias y dispositivos sugeridos por las organizaciones mundiales de salud alcanzaban a los allegados de una manera indirecta y carecían de otras indicaciones específicas para su tratamiento en salud mental. Era considerado un “duelo complejo y difícil” que requería de un trabajo de solidaridad y acompañamiento en grupos de ayuda mutua⁷.

Es significativo que en aquel entonces y aún hoy las indicaciones de instituciones mundiales para su abordaje no sean más precisas que las de otras pérdidas afectivas, a pesar de ser considerada una situación estigmática, extrema y de altísima vulnerabilidad psicológica.

A las personas –familiares, amigos, compañeros- que pasaron por un suicidio cercano, la bibliografía clásica suele definirlos como “sobrevivientes”⁸, pero se entendió desde los inicios que la definición de *sobreviviente* limitaba y cercenaba el derecho de los allegados a transitar alguna forma de salida de la situación. Si los allegados fueran definidos como “sobrevivientes” estarían implicados directamente en el acto suicida, como una *experiencia común* y esa sería su designación en adelante. Cuando se los define como “afectados” por suicidio, su situación está designando el impacto emocional que conlleva el acto y no una identidad. Estarían en condiciones de realizar alguna forma de “pase” a otro **estado del ser** que no fuera el de la afectación permanente.” (Altavilla, 2007) Esta ha sido una de las situaciones que se sumaron, entre otras, a un sentimiento de estigmatización y aislamiento social continuado para los allegados. Desde los años ’70 existen mundialmente grupos de apoyo mutuo para familiares de suicidas que se multiplicaron en función de paliar un dolor insoportable para los afectados y no hay duda que fue mejor que la carencia precedente de algún tipo de encuentro social. Pero debemos avanzar sobre la situación de sus posibilidades y sus obstáculos.

Por ende, se presenta confusa la elaboración de dispositivos de abordaje clínico de postvención (con allegados próximos al suicida) con investigación metodológica y de profundidad cuando se producen eventos suicidas, tanto entre los profesionales de la salud mental como investigadores de otras ciencias.

⁷ http://www.who.int/mental_health/media/survivors_spanish.pdf?ua=1

⁸ Sobrevivientes: (Del inglés “survivors”) Referido a quienes sobreviven a una persona.

Aquella situación precipitó indagar y comenzar a fundamentar una investigación sobre las derivaciones intrapsíquicas de las consecuencias de un suicidio próximo desde una perspectiva clínica psicoanalítica como también sociológica, filosófica, demográfica, etc., dado que el suicidio es un trastorno multifactorial y no es considerado una enfermedad en sí mismo.

La **autopsia psicológica** – o Evaluación Psicológica Reconstructiva- era hasta la última década casi el único método de investigación indirecto, de amplio espectro pero limitado alcance, en suicidios consumados. Este protocolo es un dispositivo de relevamiento de los determinantes de una muerte por suicidio y se centra en la investigación de las causales personales del sujeto suicida y su entorno, en especial de los últimos meses de vida, sin incluir en el registro de preguntas las referidas a las situaciones de vida de aquellos a quienes se les aplicaba dicho protocolo.

A pesar de ello, y tal vez porque la autopsia psicológica era un instrumento que requería de una entrevista semi-dirigida a los familiares y personas próximas, se constituyó casualmente en un instrumento de intervención psicológica para el entorno social.

Existe acuerdo que la autopsia psicológica fue creada en el año 1958, a partir de la inquietud del médico forense del Condado de Los Angeles (California - USA) Theodore Curphey, quien debía pronunciarse respecto de un cierto número de decesos por sobredosis de drogas en los que no se podía concluir si se trataban de muertes accidentales, suicidas u homicidas. Se solicitó a un equipo multidisciplinario de médicos y psicólogos, entre quienes estaban los doctores Robert Litman, Norman Farberow y Edwin Schneidman, elaborar un protocolo al respecto, surgiendo a partir de este último, en el año 1961, el término “autopsia psicológica”, como una propuesta para delimitar cada caso.

Durante su implementación y desarrollo fueron surgiendo distintas denominaciones de la misma, pero es coincidente que, como fue propuesta (Schneidman, 1977) (Weisman y Kasterbaum, 1968) debe ser conducida por un profesional de la salud mental, para evaluar de manera retrospectiva la vida psíquica de una persona, a fin de colaborar en la mejor clarificación y certificación de una muerte cuya modalidad resulta inicialmente ambigua, incierta o equívoca. Así como otros autores, remarcaba la relevancia de la imparcialidad, cautela y pericia de los evaluadores o entrevistadores para producir objetividad en los

resultados y no generar iatrogenia en los allegados a suicidas (Shneidman, 1994) (Esbec et al, ob cit, 1994) (Torres, Rodrigo y Manzo, 2004)

Es así como a partir del protocolo citado y lo relevado por este en su aplicación a la población asistida durante los años 2002 al 2004 de aproximadamente 300 personas próximas a eventos de suicidio- que se delinearon las características y cualidades propias del estado que quedó en llamarse **Estado de afectación por suicidio**⁹. Se pudo corroborar en el transcurso de la investigación que se realizó entre los años 2003 y 2013 que los ítems incluidos en la autopsia psicológica eran parte esencial para la delimitación de los fenómenos de aparición post evento.

El estado de afectación que se observaba consistía en una serie de características propias de una situación de muerte próxima con alto impacto para el psiquismo, pero donde se agregaban características peculiares que debían ser investigadas en profundidad – estigmatización, fragmentación, disolución o fragilidad de los lazos sociales eran entre otros los signos que comunes que no aparecían en otros duelos e incrementaban la vulnerabilidad. Por ello se procedió a relevar la bibliografía al respecto registrándose la escasa –hasta ese entonces- investigación sobre la metapsicología de los fenómenos de aparición posteriores a los eventos suicidas –culpa, persistencia de las preguntas sobre el porqué del suicidio, apartamiento y ruptura de lazos afectivos, etc.

Durante el período (diez años) de aplicación en los pacientes con historia vital de suicidio próximo de las preguntas incluidas en esta guía pudo recabarse que la mejoría del estado psicológico general que presentaban las personas evaluadas, en especial en suicidios recientes, se debía a la **posibilidad de expresar abiertamente sus vivencias respecto del hecho con profesionales de la salud preparados para tal fin**, dado que usualmente no eran considerados para una entrevista a posteriori del hecho ni en lo inmediato ni durante los años que le seguían, y solían ser excluidos para la elaboración de informes en el ámbito de la salud, salvo que estuvieran relacionados con el ámbito de lo jurídico, civil o laboral.

En referencia a este punto se pudo considerar que la abreacción que la entrevista para autopsia psicológica producía era, entre otros, un modo simple y directo que los allegados

⁹ A partir del concepto de *afectación* propuesto por el Lic. Urdinola para los trabajos clínicos con familiares de suicidas en el CAFS

habían utilizado a falta de una adecuada asistencia en salud en lo que con posterioridad comenzó a definirse como **postvención del suicidio**.

Si se considera que la abreacción de los excesos de carga psíquica proporciona un alivio inmediato a personas que han pasado por eventos de alta disruptividad, puede entenderse como durante las décadas pasadas, el relevamiento de las situaciones de muerte en casos de suicidio se tomaran de esta guía de intervención (o sus derivados) para abordar un fenómeno complejo en sí mismo pero que insistía en la necesidad de dispositivos rápidos de intervención ante la carencia de la indicación de dispositivos clínicos a tal fin.

“Si tal reacción es lo suficientemente intensa, gran parte del afecto ligado al acontecimiento desaparece. Si esta reacción es reprimida (*unterdrückt*), el afecto persiste ligado al recuerdo. Así, pues, la abreacción constituye el mecanismo normal que permite al individuo reaccionar frente a un acontecimiento y evitar que éste conserve un *quantum* de afecto* demasiado importante. Con todo, para que esta reacción posea un efecto catártico, es preciso que sea «adecuada». La abreacción puede ser espontánea, es decir, seguir al acontecimiento con un intervalo lo bastante breve como para impedir que su recuerdo se halle cargado de un afecto lo suficientemente intenso para convertirse en patógeno.”¹⁰

El trabajo con la abreacción confirma si, que la “persistencia del afecto ligado a un recuerdo” depende de varios factores: el más importante de ellos es la forma como el sujeto reacciona frente a un determinado acontecimiento. Esta reacción puede consistir en reflejos voluntarios o involuntarios, y abarcar desde el llanto hasta la venganza. Si tal reacción es lo suficientemente intensa, gran parte del afecto ligado al acontecimiento desaparece.”¹¹

En estas coordenadas de la abreacción del afecto se sostienen la mayoría de los dispositivos actuales de abordaje en postvención, desde los grupos de ayuda mutua (llamados “grupos de sobrevivientes”) hasta las técnicas de “Dibriefing” o “Des-sensibilización” incluidos en los abordajes cognitivo-conductuales.

¹⁰ Diccionario de Psicoanálisis. Laplanche y Pontalis

¹¹ Idem

Dichas técnicas sostienen que la tramitación de la ansiedad y angustia de los pacientes exponiéndolos a los elementos estresores en forma gradual permiten reducir la intensidad del afecto hasta niveles casi tolerables. Pero es menester puntualizar la contradicción en este campo de investigación, dado que los últimos estudios en los Estados Unidos sobre el poco o nulo efecto psicoterapéutico de estos métodos comparándolo con grupos control que no han tenido intervenciones, sostienen que debiera seguirse investigando sobre los modos de abordaje con población expuesta a eventos de suicidio.

La convicción de que la clínica en salud mental debería dirigirse hacia aquellos que presentaran sintomatología grave (entre ellos fundamentalmente ideación suicida y/o intentos de suicidio) hacia que no se considerara la importancia del relevamiento intrapsíquico y psicosocial del impacto por el hecho, quedando en estado de alta vulnerabilidad todo aquel que hubiera estado próximo a un evento suicida.

Esta investigación y la tesis actual, sobre las coordenadas del estado de afectación que se produce luego de eventos de suicidio intentan esclarecer los fenómenos y comprender su dinámica interna, los procesos intrapsíquicos que se producen en los allegados a un evento y las derivaciones que acontezcan, como también los ejes psicodinámicos que permitan su procesamiento psíquico adecuado para su restablecimiento.

Era sorprendente que la mayoría de los casos clínicos abordados en los inicios de la investigación (Altavilla, 2002) -y corroborados en los años subsiguientes- habían concurrido a tratamiento psicológico, psiquiátrico y/o psicoanalítico por otros motivos a posteriori del evento suicida y no había sido considerado de relevancia para los profesionales a cargo de los mismos el hecho de presentar los pacientes un acontecimiento de suicidio próximo en su historia vital. Esta ausencia de la indagación sobre las derivaciones del impacto del evento se validaba en los dichos de los pacientes que habían tenido un abordaje psicoterapéutico y que denotaban la mejoría de procesos psicopatológicos en curso a partir de la experiencia psicoterapéutica que incluyera dicho trabajo.

En estos tratamientos previos no se verificaba la pregnancia que este tenía en la historicidad del sujeto y su entorno, ni en la problemática por la cual consultaba. Los mismos pacientes remarcaban la importancia que en la anamnesis y el registro personal tenía dicho

evento pero que no lo consideraban vinculado con sus trastornos psicológicos y/o psicofísicos porque no habían sido relevantes y significativos para el profesional tratante.

En esa situación, y en especial en contextos sociales pequeños donde habían acontecido varios suicidios (colegios, ámbitos laborales, ciudades pequeñas) se imponía la verificación de la relevancia del impacto, los cambios intrapsíquicos producidos y los paradigmas culturales previos y modificados a partir de los sucesos, que irradiaban un crecimiento de las condiciones adversas al proyecto de vida y los recursos frente a las situaciones de crisis.

Esta nueva investigación –y el proyecto que derivó en la tesis actual- contemplaban la comprensión desde la perspectiva psicoanalítica, considerando la construcción de una metapsicología del efecto del suicidio en los allegados y verificando los efectos intrapsíquicos de los dispositivos de intervención comunitaria posteriores a eventos de suicidio (Altavilla & Urdinola, 2003)

El trabajo de esta tesis de investigación transitará los postulados del **estado de afectación por evento próximo de suicidio**, la implicancia que el estigma y el silencio sobre el suicidio como acto ocasiona, el alto impacto disruptivo que tiene como evento, las derivaciones estigmáticas que dicha situación imprime para los allegados y/o su colectivo social, los ejes en interrelación psicodinámica de la afectación, a saber, el *enigma* por el porqué del suicidio, el *legado* que el acto suicida o el suicida imprimen en su entorno y la *participación* (sentimiento de culpa) que cada uno –individual o grupalmente- consideren como razones para el acto suicida, y las consecuencias en su historia vital posterior.

Se delimitarán luego los antecedentes -desde los primeros escritos sobre *post*intervención en Suicidología- y el estado del arte que sobre la temática hubiere hasta el momento como también los alcances fenomenológicos de los diferentes enfoques teóricos.

Se explicitará asimismo el modelo teórico sobre el que se apoya esta tesis –Modelo de Lo Disruptivo del Dr. Moty Benyakar-, por corresponderse con las coordenadas psicodinámicas que este enfoque conceptual postula como también por la posibilidad de ampliar la visión limitada que sobre las derivaciones en suicidios consumados se dispone.

En los capítulos posteriores se ampliará la metodología utilizada para la investigación que consiste en el relevamiento de diez casos de allegados a suicidas (y su correlación con escalas de evaluación ad hoc.) durante el transcurso de por lo menos dos años posteriores al evento suicida.

Los resultados que de dichos relevamientos se ha tenido mostrarán que los postulados de esta tesis se corresponden con lo aportado por los entrevistados.

Estos resultados y las conclusiones detalladas a continuación se centrarán sobre la hipótesis que un suicidio es un evento disruptivo con alto potencial traumatogénico para las personas próximas al mismo y que introduce e instala un paradigma mortífero en los allegados con las consecuencias que de esto se deriven, entre ellos las modificaciones que otros paradigmas culturales evidencien en los tiempos siguientes.

La transferencia de resultados que en investigaciones futuras se pudieran hacer bajo estas coordenadas conceptuales se deslizarán en los últimos capítulos dando ejes posibles para la interpretación de la epidemiología sobre el tema que se hubieren realizado, pudiéndose incorporar en el relevamiento epidemiológico en suicidología alguno de los aportes que aquí se dejan.

En esta tesis se abordará no solo el impacto y la relevancia que el suicidio como acto tiene en los allegados sino se sentarán bases para investigaciones sobre el trabajo clínico y psicosocial con los allegados, dado que el riesgo de suicidio se potencia en situaciones desfavorables del entorno sociocultural.

Se delimitará la relevancia que el silencio generalizado, producto de la estigmatización del acto, imprime para la elevación del riesgo suicida en los allegados y las coordenadas propuestas para su transformación adecuada en recursos psicosociales de afrontamiento en situaciones de crisis.

Se postularán propuestas para la creación e implementación de Modelos de Relevamiento que no perturben aún más la situación de vulnerabilidad psicológica de los allegados y promuevan al mismo tiempo modelos de vínculos basados en valores sociales que construyan inmunidad psíquica.

El Modelo de Lo Disruptivo proporciona un modo comprehensivo de estudio de los ejes distorsionados por el evento suicida y acercan a la comprensión psicodinámica del proceso de alta fragmentación intrapsíquica y psicosocial.

Los estudios de campo que se presentan en esta tesis estarán centrados en base al relevamiento del impacto en los allegados en suicidios consumados y deslizarán las coordenadas de la situación tanto sea la de la deriva en el tiempo y su magnificación como también la del trabajo reconstructivo individual y colectivo que disminuyen los trastornos graves y el riesgo de suicidio, en especial.

En lo relativo al acto suicida consumado, es intención indagar sobre las variables conceptuales que en la experiencia clínica y observacional se hubieran presentado hasta el momento.

Una de ellas y la que se considera clave para la comprensión de la interrelación con las demás variables, es la de la proximidad al/del acto, es decir, que tomaremos para el análisis la situación:

todo sujeto que haya estado próximo a un evento de suicidio,

dado que la proximidad tanto vinculante con el suicida como del acto suicida en sí mismo, son las coordenadas que se considera fundantes para la comprensión, tanto de las derivaciones del acto, como de la elaboración de dispositivos clínicos y preventivos que disminuyan el impacto altamente disruptivo del hecho, reviertan las señales que puedan impulsar al alejamiento y fragmentación social y predispongan al fortalecimiento de los recursos psíquicos individuales y colectivos a favor de la salud mental de los damnificados.

Se han elaborado modelos comprehensivos que describen las situaciones por la que transitan los allegados a un sujeto que realizó un acto suicida (Schneidman, 1954)

Se han descripto las derivaciones emocionales (horror, espanto, devastación, tristeza profunda, pena, conmiseración, incomodidad, irritabilidad, furia, enojo, desconcierto, etc.) pero se han centrado en la descripción de éstas más como una

continuidad de movimientos emocionales dispersos,

que como una estructura que se encuentra relacionada, vinculada y entrelazada por elementos precisos. Es decir, se sostiene que las derivaciones de un evento de suicidio o

suicidio consumado se evidencian como parte de un proceso psicodinámico en el que participan elementos del psiquismo de cada uno de los sujetos afectados, las interrelaciones que entre ellos surjan a partir del mismo y los cambios culturales que se hubieran producido de allí en más.

Los estudios exploratorios sobre los efectos de un suicidio en el devenir de las personas próximas al mismo que intentan ir más allá de los estudios descriptivos, no desarrollan conceptos que los expliquen y profundicen.

Consideran ítems como la visión de la vida, el conocimiento de sí, las relaciones con los otros y en cuanto al contexto social, la mirada de los otros, la apariencia pública y el consuelo de otros afectados por suicidio (Davis, Nolen-Hoeksema, & Larson, 1998; Parappully et al., 2002; Park & Cohen, 1993; for a review, see Schaefer & Moos, 2001; Yalom & Lieberman, 1991)

La investigación sobre la articulación causal de los distintos aspectos evidenciados se ha puesto de manifiesto, indirectamente, en escritos de relevamiento periodístico o documental (Benedetti, 1969) (Guerriero, 2005) (Peralta Lugones, 2009) (Becerra, 2012) o fílmicos (Vírgenes suicidas, 1999) (The Unsaid, 2001) (Las Horas, 2002) (Solaris, 2002) (Babel, 2006) y últimamente en miniseries televisivas que acaparan el interés reduplicado en especial de adolescentes (*Lost* –“Perdidos”- 2004/2010) (“13 Reason why” –“Trece razones del por qué”-2017). En una de ellas se trata el suicidio adolescente incluyendo, inicialmente, la escena del momento de la muerte, desconociendo abiertamente las indicaciones de las organizaciones mundiales de salud mental (OMS-IASP) que señalan la contraindicación de exponer a jóvenes y público vulnerable a escenas de suicidio o remitir a una intencionalidad las razones de esa muerte. Sorprendentemente a dos meses de aparecida la serie se ha confirmado la realización de una segunda temporada en 2018.

Adolescentes que “viralizan” los comentarios y se entremezclan con la novedad sobre una aplicación para smartphones de un juego virtual que pone a prueba la capacidad de romper las coordenadas de grupalidad básicas hasta llegar a la meta “del propio suicidio” como forma de confrontación con el “caos” del sistema social occidental imperante (“Blue Wale” o “Ballena Azul” es una aplicación para smartphones creada por un joven de origen ruso cuya meta pública es “limpiar” la sociedad de individuos con baja autoestima). El

impacto y la curiosidad por el desafío que cada jugador impone a los nuevos participantes parece vincular exponencialmente hasta la más mínima expresión un goce mortífero y la crueldad que esto instala en lo colectivo.

La temática o problemática del suicidio, del intento de suicidio, del suicidio consumado, de la ideación suicida, del deseo de morir, del agobio por vivir y el desgano o abulia que invaden las pantallas, especialmente las de tecnología avanzada, no hacen más que confirmar que el suicidio como modo de resolución de problemas –entre ellos el del dolor psíquico en cualquiera de sus formas de evidenciarse- está siendo puesto en consideración como alternativa más de lo que muchos quisieran reconocer.

Así también aparecen en grafismos, intervenciones urbanas, etc. que han surgido en los últimos tiempos sobre el tema del impacto de un suicidio próximo. Estos movimientos de expresión colectiva indican la necesidad de exploración sobre el tema en busca de algún tipo de comprensión más profunda. Surgidos de grupos de jóvenes agobiados por el desprecio por la vida y por los erráticos lazos de afecto, el desborde emocional y los modos de afrontamiento a las dificultades que la vida presenta, son una expresión que alcanza su máximo nivel en el suicidio juvenil. Describir la situación derivada de un acto suicida próximo en la subjetividad de los allegados implica considerar algunas coordenadas presentes en los allegados sin distinción de edad, género o status socioeconómico.

Esta investigación parte del hecho de que aun habiendo avanzado el conocimiento sobre las dificultades que el acto suicida imprime en los allegados, la profundización de los conflictos psíquicos inherentes al proceso post suicidio y la necesidad de construcción de dispositivos de abordaje, no hay una metapsicología de las derivaciones del acto suicida en los allegados y la sociedad con la que tiene influencia.

Se cree conveniente que se elaboren escritos de investigación que partan de un marco teórico amplio y que excedan los límites del análisis narrativo-descriptivo de lo que aparece, permitan un acceso a la dimensión de significación –vacante en la mayoría de los abordajes actuales- y abonen una teoría sobre los procesos psíquicos en afectados por un evento suicida próximo.

En consonancia con ello es que esta investigación intenta dar los primeros pasos hacia investigaciones futuras en el campo del psicoanálisis sobre cada una de las aristas del proceso originado por un evento suicida, tanto en lo individual como en un estudio psicoanalítico de los procesos colectivos.

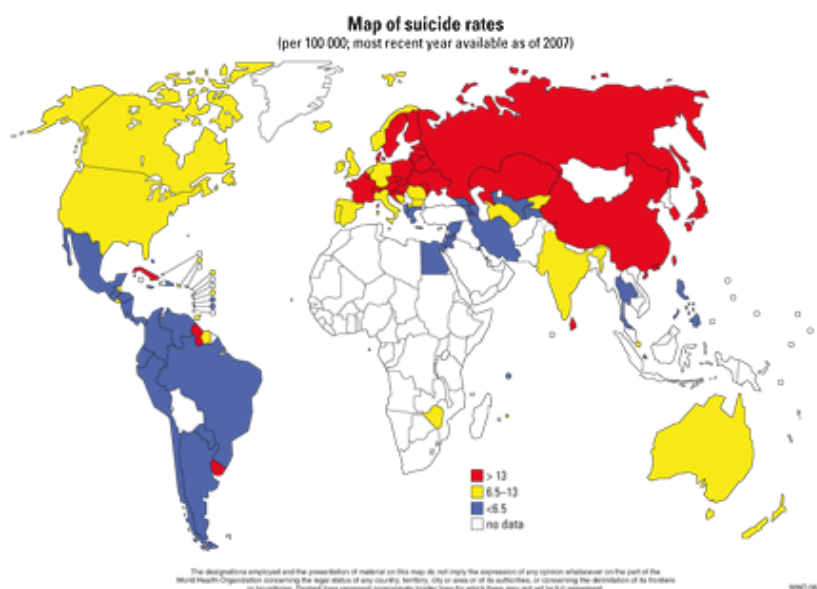
1.1. Justificación

*“De la escarcha no olvides jamás el gusto a soledad.”
Matsuo Basho Poeta japonés (1653-1694)*

*“La muerte es nada para nosotros, porque cuando nosotros somos,
la muerte no está presente y cuando la muerte está presente,
entonces ya no somos nosotros”
Dante (1265-1321)*

El suicidio, a diferencia de otros eventos de alto impacto para el psiquismo, como lo son las guerras, las catástrofes por fenómenos naturales, los conflictos sociales, los actos terroristas, etc., es un fenómeno que aún en la actualidad sigue considerándose más del orden de lo privado que como un problema de salud pública aun cuando los índices de suicidio, pseudo-suicidio y autolesiones de las últimas décadas continúan en franco aumento y son considerados en muchos países como una “epidemia silenciosa”

A la luz de las estimaciones -800000 personas cada año (OMS, 2014)- y evidencia que “entre cinco a quince miembros de la familia extendida están íntima y directamente afectados” por cada muerte (Berman, 2011), habría entre 4 a 12 millones de personas que pueden padecer por la proximidad a suicidio anualmente en todo el mundo. (Niemeyer & Cerel, 2015).



12

¹² <http://www.who.int/en/>

El proceso intrapsíquico evidenciado en los allegados a suicidas, luego del acto consumado, presenta ejes psicodinámicos que se interrelacionan y potencian, manteniendo una estructura mortífera que conduce a patologías graves y diversas, incluida la de conllevar a otro suicidio.

Asimismo, se evidencia como el trabajo clínico individual y grupal pueden reconducir un proceso metabolizador con los mismos ejes que se toman para la comprensión del hecho.

La indagación sobre los fenómenos de aparición posterior a un suicidio determina las bases para la comprensión del proceso que le sigue y delimitan aquello que del impacto requiere reconstruirse y metabolizarse, cuáles son los recursos con los que cada persona y colectivo social cuenta, cuales los recursos debilitados a recomponerse y las estrategias y/o dispositivos que de ello se deslizan.

No es usualmente contemplado en toda su magnitud el impacto altamente disruptivo que tiene un suicidio en las personas próximas, en el grupo directo en el que se inserta el suicida, ni tampoco en las derivaciones en el colectivo social, aun cuando está considerado uno de los acontecimientos más difíciles de sobrellevar en la historia personal, familiar y grupal.

La subjetividad recorre entonces un camino de deriva y extravío que conduce usualmente a modos mortíferos más que a modos constructivos y creativos para afrontar los dilemas actuales.

Luego de las investigaciones de finales de los años ochenta que acentuaron la importancia del abordaje con *sobrevivientes de suicidio* (Schneidman, 1980), se han instrumentado pocas investigaciones con conceptualizaciones nuevas y no suelen aparecer relevamientos de las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de los cambios que en el psiquismo de los allegados se pudieran haber producido.

Surgen más de las expresiones populares y los dichos de personas que impulsadas por la necesidad de cambiar algo de lo que el suicidio les deja en su historia personal se vieron llevadas a compartir tangencialmente sus experiencias a través del arte (filmografía, novelas, canciones, poemas, etc.) o de ritos y/o expresiones colectivas espontáneas (graffitis, murales, encuentros, etc.)

Las concepciones anteriores refieren más a un aspecto descriptivo de los fenómenos que aparecen en la situación de afectación (Shneidman, 1993) (Farberow, 1993), (Fletcher, McMenamy, Bailey, Sveen, 1990) más que a un análisis profundo sobre las determinantes intrapsíquicas de los fenómenos dentro de un proceso integral.

A pesar de ello las investigaciones realizadas hasta el final del siglo XX han contribuido a comprender el proceso suicida e incluir conceptos como el de “ambivalencia”, ausentes de la concepción tradicional que acentuaban los estados depresivos y las patologías de comienzos de siglo (Schneidman, 1980).

Aún hoy, luego de más de quince años de iniciadas estas investigaciones con personas que experimentaron en sus vidas la proximidad de un suicidio, las organizaciones mundiales (OMS) describen los fenómenos que aparecen a posteriori del acto como individuales y sugieren la tramitación del llamado *duelo* mediante el encuentro grupal de aquellos que han pasado por la misma situación (suicidio próximo) haciendo hincapié en la contención y el acompañamiento mutuos (grupos de sobrevivientes¹³)

Incluso en los últimos años han aparecido “campus” para púberes y adolescentes que han pasado por la experiencia de una muerte próxima, sea por muerte natural o suicidio de un familiar directo: padre, madre, hermano, etc. haciendo de la experiencia un tiempo catártico de evacuación colectiva de emociones displacenteras.

Estos campus insisten en que “se debe” compartir con otros que pasaron por situación similar hablando del tema sin adquirir relevancia la angustia evidenciada por los participantes en relación a la exposición de sus emociones públicamente, con otros hasta ese momento desconocidos.

En varias filmaciones documentales donde este proceso es registrado se refuerza la idea rectora de obligatoriedad o “deber moral” de hablar sobre la pérdida afectiva en el tiempo de duración del encuentro (días), jerarquizando “hablar sobre la muerte” casi sin registrar el tiempo psíquico requerido por cada uno de los integrantes del encuentro para hacer alguna narrativa de lo vivenciado. Se vuelve evidente que los tiempos psíquicos de los participantes

¹³ Sobrevivientes: (del inglés “survivors”) definiendo a aquellos que sobreviven al muerto. En los países de habla hispana se los define como “deudos”. Aplicando este concepto (“sobreviviente”) a las muertes por suicidio se estaría sustantivando en una designación fija a todo aquel próximo a un evento de suicidio.

difieren ampliamente entre sí, y aun cuando hayan “aceptado” participar de la experiencia, sus expresiones de desacuerdo, incomodidad, tensión, desajuste, etc. revelan que el proceso de hablar está desajustado del proceso comunicacional necesario para que la palabra coincida con un tiempo adecuado para el “decir”, ni antes ni después de cuando deba ser dicho.

En estas experiencias las figuras de los adultos coordinadores viran rápidamente de ‘sostén’ a “verdugo” cada vez que el deseo de hablar de la pérdida está del lado de los coordinadores del encuentro.

Esta metodología que coincide con la tendencia a crear un marco fijo y un modelo de *elaboración de duelo* en “pasos” que se estableció en las últimas décadas y que estaría siendo abandonado, parece ser más una reedición del método con argumentos forzosos para dejar atrás la pérdida sin la requerida simbolización previa, situando a los intervinientes en la categoría de *objetos de uso* de una metodología rígida.

El riesgo de propender a este tipo de modelos “elaborativos a corto plazo” o de tratamiento breve impulsados por la convicción de que la salud mental es un valor social indispensable para que el proceso productivo funcione adecuadamente, corren el riesgo de hacer de la tramitación del duelo algo uniformizado, cerrado en cláusulas de ajuste y en el paradigma de que aquellos que no funcionan en estos dispositivos de abordaje caerán inevitablemente en patologías severas, rotulando y estigmatizando aún más a los sujetos.

Los mecanismos de defensa pueden fracasar en hacer frente al impacto del suicidio y bordear/se en correlatos de intentos inconcientes por comprender un acto imposible de ser calculado, transitando desde la represión del mismo hasta su negación extrema. Cuanto más invariables sean los mecanismos de defensa más alejado estará el sujeto de metabolizar un evento de alta disruptividad que requiere de una amplia variedad de estrategias defensivas para conservar cierta unidad yoica y continuar una vida que incluya un grado suficiente de satisfacción como de construcción de proyectos y lazos afectivos. Si los mandatos de la historia personal y/o social entran en conflicto con el deseo, serán seguramente, fuente de tensión para el Yo y pueden obstaculizar el proceso de reconstrucción vital que relance el deseo para cada sujeto.

El propósito de los mecanismos de defensa es proteger la mente/sí mismo/Yo de la ansiedad o sanciones sociales y/o proporcionar un refugio frente a una situación a la que no se puede hacer frente en el momento. La cuestión sería entonces determinar el grado de conflicto entre los impulsos del Ello, los valores y creencias del Superyo y/o la tensión entre las exigencias externas y el aparato psíquico, puestos a prueba por el exceso de cargas psíquicas que plantea el acto suicida.

Este exceso pone a prueba al sujeto de tal modo que requiere un abanico de recursos intrapsíquicos como también de elementos del entorno apropiados para metabolizar el impacto disruptivo que ocasiona.

Quedan con poco desarrollo las investigaciones sobre las particularidades de los procesos psíquicos vivenciados por los “afectados”¹⁴, aun cuando se ha determinado tanto por la espontaneidad de sus dichos como por el relevamiento psicológico (autopsia psicológica-AP) que las personas del entorno (familia, amigos, vecinos) quedan con alteraciones particulares no existentes previas al acto. Este escaso desarrollo dificulta la investigación sobre la tramitación y metabolización del acto suicida, quedando librados en su mayoría a lo que del acto cada uno por sí mismo pueda hacer.

Deberían incluirse en las investigaciones y relevamientos psicosociales a los agentes de salud e intervención en emergencia (bomberos, policías, paramédicos entre otros) quienes asisten al evento suicida, toman contacto con las personas que del entorno evidencien signos de alteración emocional e incluso asisten a personas que ocasionalmente están presentes en el hecho. Estos debieran considerarse también dentro del espectro de sujetos en vulnerabilidad psíquica ya que aparecen reiteradamente en la evaluación de los mismos la confirmación sobre la magnitud del impacto emocional provocado por el suicidio, diferenciándose radicalmente de las vivencias presentes en otras situaciones (accidentes, homicidios, etc.) y resaltando que las vivencias negativas posteriores son producto, entre otras razones, del exceso de carga emocional que tales muertes representan, más aun cuando se trata de personas jóvenes o en directa relación con niños o adolescentes presentes en la intervención (en suicidios de padres o madres).

¹⁴ Afectados: Concepto propuesto por el Lic. Urdinola para designar a aquellas personas con proximidad física, emocional y/o social con un fallecido por suicidio.

Se considera que el relevamiento (autopsias psicológicas, protocolos de vulnerabilidad psíquica y/o riesgo suicida e intervenciones comunitarias donde se evalúe la vulnerabilidad psicosocial de comunidades) de las coordinadas que se presentan en los allegados, no solo es útil para comprender el acto suicida y trabajar para disminuir los factores de riesgo que se pudieran presentar en el entorno, sino para el inicio de un proceso de reparación del psiquismo individual y entramado social dañados.

Las conceptualizaciones tradicionales sobre los fenómenos consecutivos a un suicidio se han detallado como determinados por: la culpa, el enojo, el agobio, la desesperanza, el desgano, la disminución o ausencia de proyectos, la minimización de los valores, etc. como también en relación a los vínculos: la desconexión entre las personas allegadas al suceso, la fragmentación social, la estigmatización, el rechazo colectivo, la condena moral al suicida y a su entorno inmediato, etc.

Estas características suelen quedar como propias de cada sujeto afectado y no es usual, hasta ahora, que los individuos, como los grupos vinculados a un suicida, consulten y pidan ayuda psicológica individual y/o agrupadamente, con el objeto de restablecer el equilibrio perdido, reparar algo del daño psíquico producido y construir proyectos vitales.

En los últimos años se ha intentado sistematizar las complejidades desde diferentes disciplinas académicas especializadas que intentan explicar los variados motivos subyacentes al proceso vivido por el entorno de un suicida y que sostienen la intervención preventiva que reduce los efectos devastadores (Danuta Waserman, 2009)

Históricamente se ha prestado menos atención a las derivaciones ocultas del suicidio como lo son el cambio sostenido en el colectivo social: lugares de trabajo, familias e individuos. En la última década se han sumado personas dedicadas a la investigación y transmisión de los hallazgos en los, aún hoy, erróneamente llamados “sobrevivientes” (Jordania y McIntosh, 2011). Aun cuando se ha recalado la magnitud del impacto, en especial cuando se ha producido la exposición al suicidio y de acuerdo al vínculo que con el suicida los allegados hayan tenido (Pitman, Osborn, King & Erlangsen, 2014)

“Señala especialmente que aquellos que hayan tenido directa relación con el acto suicida (los que tuvieron contacto con la escena del suicidio, con el cadáver, con su

asistencia médica y/o policial, con las noticias o su relevamiento y seguimiento periodístico, etc.), sean estos familiares directos, allegados al suicida o no haber tenido relación con el mismo pero que se ven afectados de cierta manera, requieren de un trabajo de elaboración y metabolización del acto en sí mismo (Jordan, 2009), no señalan las investigaciones ninguna especificidad al respecto.” (Sand & Tenant, 2010)

Si se considera que por cada suicidio hay un grupo familiar de por lo menos seis personas y un grupo extrafamiliar de por lo menos veinte, sería pertinente la intensificación de las investigaciones sobre el tema además de la construcción de dispositivos idóneos de evaluación y seguimiento de las derivaciones de los casos.

A pesar de ser señalado desde hace años la necesidad de trabajar antes de que aparezcan señales de alteración psíquica en acontecimientos de impacto extremo (guerras, desastres naturales, migraciones, crisis económicas, etc.) son aún pocos los dispositivos contruidos en torno de la problemática del suicidio y sus derivaciones y se piensa que se debe considerar un *desastre silencioso* que requiere de asistencia adecuada, profesionales calificados y entrenamiento en abordajes de postvención.

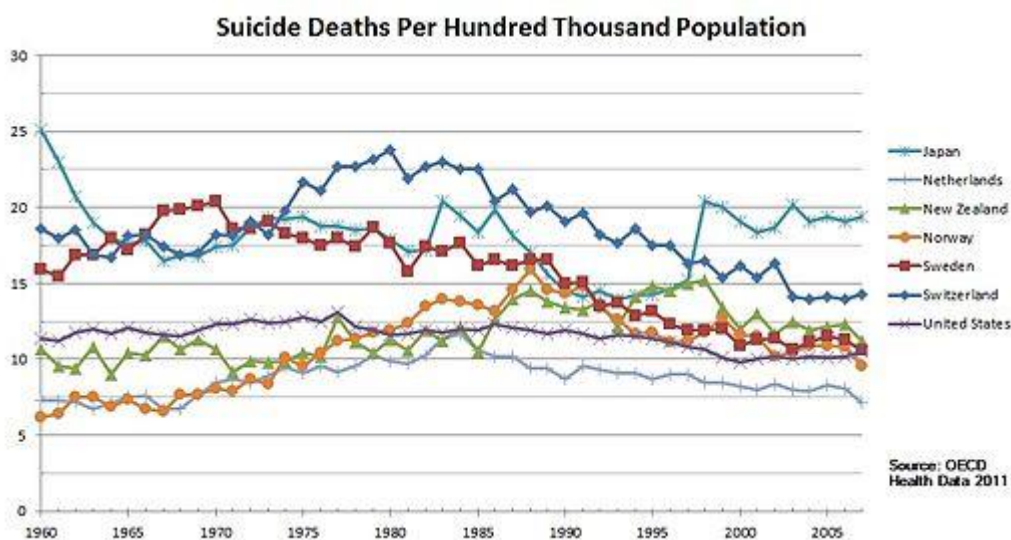
En Argentina se ha venido trabajando con psicoanalistas y profesionales de distintas disciplinas –filósofos, sociólogos, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, etc.-, en la construcción de un modelo que permita dicho trabajo (Urdinola & Altavilla, 2002).

El fortalecimiento de recursos psíquicos individuales y colectivos -Programa Nacional de Prevención del Suicidio (2007), el protocolo que incluye *Intento de suicidio* del Plan Nacer del Programa de Salud Integral del Adolescente (2009), la Guía para el Tratamiento Responsable de la Problemática del Suicidio en los Medios de Difusión (2011) y por último, la Ley Nacional de Prevención del Suicidio (2015), todos del Ministerio de Salud de la Nación- no solo están en vías de implementación sino que no existen sanciones a la contravención de las reglamentaciones vigentes ni el suficiente apoyo para la aplicación de dichos programas en los ámbitos locales.

Hasta el momento de la elaboración de esta tesis los índices de suicidio continúan en aumento o presentan oscilaciones periódicas, a pesar de las estrategias establecidas, y se considera de sumo valor la continuidad de fundamentación teórica de los dispositivos clínicos

y psicosociales implementados además del relevamiento de su eficacia a mediano y largo plazos.

La organizaciones mundiales que son referentes en salud mental –OMS, OPS, WPA, WFMH, IASP, etc., confirman según sus estimaciones para el 2014, una cifra anual mundial de 800.000 personas fallecidas por suicidio, determinando una cifra de entre cinco a quince personas, entre familiares directos y familia extendida que estarían afectadas por dicho evento (Berman, 2011), contabilizándose en el mundo un total de entre cuatro a doce millones de personas afectadas con riesgo suicida leve, moderado o grave.



En el año 2003 el suicidio se declaró un problema de salud pública por la World Health Organization (WHO), por lo cual la Organización de Naciones Unidas (ONU) como la International Association for Suicide Prevention (IASP) declararon al 10 de septiembre Día Mundial para la Prevención del Suicidio.

Existe un consenso generalizado que entiende como personas afectadas por el hecho tanto a los familiares directos (como se sostenía hasta mediados del siglo pasado) como también a allegados no familiares co-sanguíneos, como lo son sus compañeros de trabajo y/o estudio, vecinos, compañeros ocasionales, e incluso aquellos con los que el suicida hubiera entablado un vínculo afectivo en otras épocas de su vida (ex parejas, ex compañeros de actividades laborales o académicas, etc.) que puedan anoticiarse del hecho, tanto en lo inmediato como pasados años del deceso. El mero hecho de notificarse del fallecimiento por

suicidio complica y dificulta la elaboración de la pérdida. (Niemeyer, 2011) (Urdinola, 2002) (Altavilla, 2002)

Considerando este espectro, podría afirmarse que el efecto de alcance podría llegar a una población tan extensa que el radio de impacto estaría determinado de un modo geométrico y no lineal dentro del entorno familiar, como se pensaba anteriormente.

Si a esto se suman la situación imperante en comunidades pequeñas o medianas, el alcance se potenciaría, en especial en los casos de más de un suicidio, por el entrecruzamiento de vínculos relacionales hacia un mismo sujeto y/o grupo. Es decir, cuando una persona o grupo tiene vinculación con más de un evento de suicidio, hecho que ocurre con frecuencia en comunidades de limitada cantidad de habitantes.

En relación a este aspecto debe señalarse que un grupo social, con especial acento en comunidades pequeñas y/o delimitadas por un sesgo común (actividad laboral, región, etc.) puede quedar ligado al evento en la consideración del mismo como forma naturalizada de morir o de resolver un problema que causa sufrimiento, tanto si sus integrantes continúen viviendo en la misma o se hayan desplazado a otros lugares geográficos. La impronta que los eventos suicidas dejan en una comunidad son de tal relevancia que determinan una singularidad del acto de morir diferente al de otras comunidades, en similitud con lo acontecido en familias en las que ha ocurrido más de un suicidio.

Es más frecuente que estas determinantes queden documentadas en escritos periodísticos o documentales (Guerriero, 2005) que en trabajos de investigación psicológico y/o social. Algunas investigaciones sobre las derivaciones del acto suicida en allegados han sido el inicio de trabajos de campo y de concientización del impacto del evento suicida (Altavilla, Urdinola, 2002)

En las últimas décadas ha continuado el incremento de los índices de suicidio tanto a nivel nacional como internacional, como así también los casos de violencia y patologías asociadas.

La preocupación por la repitencia de suicidios en una comunidad delimitada, la conciencia sobre el relevamiento, la detección de personas afectadas y en riesgo suicida y la asistencia a la población se ha visto aumentada en los últimos años (Cerel, McIntosh,

Neimeyer, Maple & Marshall, 2014), variando de país en país las estrategias asistenciales en los tres niveles de atención –primario, secundario y terciario-, siendo una de las preocupaciones de los profesionales de la salud mental, en especial aquellos que trabajan en epidemiología y estrategias políticas en salud.

Los índices de suicidio e intentos de suicidio en Argentina han alcanzado regionalmente un incremento marcado en la década 2001-2011 y aún más entre los años 2012 y 2016 producto del deterioro de la situación socioeconómica general.

Las regiones del Noroeste (NOA), Noreste (NEA) y Patagonia (Sur), han alcanzado cifras de muertes por suicidio que generan un nivel de preocupación tal que obligan a las autoridades nacionales y/o provinciales a convocar a especialistas para la elaboración de programas de atención y dispositivos clínicos al respecto como también lineamientos de comunicación responsable sobre las noticias para los medios de comunicación¹⁵ Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual. Presidencia de la Nación. Buenos Aires, 2015.

Si se considera en base a las delimitaciones mundialmente consensuadas que por cada suicidio consumado hay alrededor de veinte intentos de suicidio en la población próxima (OMS), se puede sostener que la población damnificada por eventos de suicidio y/o intentos de suicidio próximos ha elevado su situación de vulnerabilidad psicológica en forma significativa.

Hasta el momento se ha focalizado más en la creación de dispositivos de atención fragmentada, local y de emergencia que en la investigación continua y sostenida, en especial en los ámbitos de detección de aumento de suicidios y/o riesgo suicida. Deberían incluirse además dispositivos de investigación que contemplen la diversidad cultural y los emergentes epocales.

En el caso de Argentina -y algunos países latinoamericanos-, los sistemas de emergencias y/o apoyo a través de agentes sanitarios no están suficientemente capacitados en la problemática del suicidio. Desde comienzos del presente siglo comenzaron a surgir en

¹⁵ Guía para el Tratamiento Mediático Responsable de la Salud Mental. Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual. Presidencia de la Nación. Buenos Aires, 2015.

http://defensadelpublico.gob.ar/wp-content/uploads/2016/08/guia_salud_mental_marzo2015-1.pdf

Argentina Organizaciones sin Fines de Lucro –ONGs-, nucleadas en su mayoría en torno a personas afectadas directa y/o indirectamente por un suicidio próximo que intentaron dar un espacio de contención y prevención que había quedado vacante por el Estado.

A partir del 2001, cuando estas organizaciones no gubernamentales comenzaron a surgir, solo el 2% de las mismas contaban con profesionales psicólogos y/o psiquiatras, quienes en su mayoría contaban con experiencia clínica pero no con especialidad en la problemática del suicidio.

Surgieron en algunos casos Comisiones de Expertos¹⁶, que convocados por las autoridades de gestión nacional y/o provincial en salud elaboraron algunas directivas.¹⁷

Aun así, la implementación de dichos programas y de la ley en curso queda a criterio de los ministerios de salud provinciales sin cobertura de supervisión y/o control nacional, lo que hace dificultoso en extremo la celeridad y seriedad con que dichos documentos puedan ser puestos en práctica. Hasta el momento (2016) y dada la crisis socioeconómica en la que la Argentina se encuentra, las aplicaciones se limitan a algunas localidades del país y comienzan a incrementarse estructuras provinciales para una futura acción sobre el tema.

Del nucleamiento de las organizaciones no gubernamentales (ONGs) que trabajaban localmente en prevención del suicidio y vinculadas espontáneamente en la Red Nacional de Prevención del Suicidio (2003) han quedado algunas de las instituciones y profesionales fundadores, corroborando la dificultad para el trabajo continuo.

En 2010 fue establecida en USA la Acción Alianza para la Prevención del Suicidio por indicación del Departamento de Salud y Servicios, cuyo objetivo fundamental es el establecimiento de espacios que asistan a personas que pasaron por el impacto del suicidio de una persona próxima, disminuir los efectos psicológicos negativos del mismo y por ende, prevenir suicidios futuros (<http://actionallianceforsuicideprevention.org>). Esta organización se centra en un esquema metodológico de vigilancia, evaluación e investigación fenomenológica

¹⁶ Comisión de Expertos para la redacción del Programa de Prevención del Suicidio, etc. del Ministerio de Salud de la Nación (2007, 2009, 2011 y 2014) en los cuales la autora participaba.

¹⁷ Programa Nacional de prevención del Suicidio (2007), Subprograma de Prevención de Adicciones (2009), Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio Plan Nacer (2011), Lineamientos para el Tratamiento Responsable en Salud Mental para Medios de Comunicación (2014) y Ley de Prevención del Suicidio (2015).

sobre la pérdida por suicidio y aun reconociendo el avance sobre el tema de los últimos años, entienden las limitaciones en el accionar sobre el tema del suicidio (Neimeyer, 2015).

Entre las dificultades que continúan apareciendo se pueden citar el subregistro de los casos de suicidio, la carencia de relevamiento a largo plazo de los efectos del mismo (Bergman, 2011), la dificultad para el seguimiento de los afectados hasta dos años posteriores al evento suicida y la complejidad para el diseño de métodos de estudio y muestreo apropiados factibles de considerarse con validación suficiente (que incluyan por ej. “vinculación con el/la difunto/a”, “aproximación afectiva”, etc.) (Cerel, 2014)

De la experiencia de los grupos de autoayuda que funcionan en USA y varios países, incluida Argentina, se señala especialmente para determinar su eficacia en el objetivo que se han propuesto que pueda hacerse un relevamiento de los efectos que pudieran generar, a saber:

1.- la exposición excesiva y reiterada de los relatos y sufrimiento de otros allegados que no favorezcan la metabolización del evento.

2.- la limitación de la singularidad por propender a un “listado de competencias básicas para sobrevivientes” que instalan criterios de salud a cumplimentarse en un lapso de tiempo.

El Psicoanálisis ha demostrado que los lineamientos de trabajo basados en encuadres universalizantes y con pautas precisas generales para todos los integrantes (grupos de autoayuda) dificultan la subjetivación, estimulan la masificación (que en el caso del suicidio suele estar incentivada por el acto suicida mismo) y entorpece la reinserción social del afectado, no aceptando la propia visión del problema que lo aqueja y las bondades, o no, que puedan tener para él mismo.

Esta tesis de investigación propone centrarse en un modelo de reconstrucción luego del evento de suicidio próximo, que module lo desarticulado del proceso y posibilite a cada sujeto encontrar un procesamiento psíquico adecuado y personal para enfrentar las adversidades, crisis y situaciones dilemáticas que se le presenten en el futuro.

1.2. Antecedentes de la propuesta

Como se trabaja en el mundo y en Argentina

Los primeros trabajos sobre postvención del suicidio fueron elaborados por el Dr. Edwin Schneidman a partir de sus investigaciones en USA sobre la base de la autopsia psicológica y el relevamiento que con los familiares de los occisos se fueron planteando.

Fue así que dada las repercusiones de su trabajo fueron tomadas sus sugerencias sobre cómo abordar la problemática de postvención: abordaje de los familiares en duelo.

La primer gran diferencia fue que Schneidman introdujo el concepto de “sobreviviente” o “survivors” para designar a los familiares del suicida y especificar la importancia que tenía que compartieran sus sentimientos y aflicciones entre sí, acompañarse en el trabajo de duelo posterior y constituirse en un grupo de apoyo, dado el riesgo en el que se encuentran luego del episodio.

A pesar de su sensibilidad para el tratamiento de los deudos y su comprensión de las enormes implicancias que para estos tenía el suicidio próximo, la segunda diferencia que se tiene con la propuesta de Schneidman- es que los grupos de autoayuda:

- 1.- Se organizan en torno a alguno de los deudos que está en condición apta de salud mental y que funciona como coordinador de grupo; sin contar con terapeuta y co-terapeuta específicos para tal fin
- 2.- Carecen de una supervisión, orientación y/o evaluación periódica por parte de profesionales de la salud mental –que no sean sobrevivientes- y que colaboren en el registro de las distintas situaciones de vulnerabilidad que cada integrante o ex-integrante pueda estar pasando.
- 3.- No tienen limitaciones en cuanto a quienes lo integran salvo ser menor de edad. Los integrantes de una misma familia pueden asistir a los mismos grupos lo que perjudica el nivel de privacidad que cada uno de los sujetos pueda requerir.
- 4.- Carecen de metas de evaluación psicológicas por profesionales de la salud mental y se orientan al trabajo de apoyo por lo que no deberían ser considerados de postvención -asistencia- en sentido estricto.

5.- Se refieren a sí mismos como grupos de “trabajo de duelo” y se evalúan siguiendo un estereotipo de metas y tiempos a seguir para considerar ser elaborada la pérdida; cuando la elaboración de una pérdida afectiva es considerada ya un proceso intrapsíquico, no lineal, de avances y torsiones que adquiere distintas dimensiones a lo largo de la vida de un sujeto.

Uno de los referentes a los grupos de trabajo en postvención del suicidio ha sido en Europa el constituido por los investigadores del **Karolinska Institutet** y de uno de sus investigadores relevantes la **Dra. Danuta Wasserman**. El Instituto Karolinska es un centro fundado en 1910 luego de la Guerra Finlandesa como centro de capacitación para cirujanos, pero que se vio impulsado a enfocar sus esfuerzos en la investigación y elaboración de dispositivos preventores frente al alza de suicidios que aparecieron en Suecia hacia los años 70.

En la actualidad y aun viendo reducida las tasas de suicidio han debido retomar la elaboración y ejecución de acciones en prevención por el recrudecimiento del suicidio en la franja de adultos mayores. Una confirmación de esto se evidencia en los productos culturales que una comunidad arroja. La serie documental de televisión sueca "30 liv i veckan" [30 vidas semanales] comenzará en abril de 2017. El título de la serie refiere al hecho de que unas 1.500 personas se suicidaron en Suecia en 2015. Esto equivale aproximadamente a 30 vidas semanales, o un suicidio cada seis horas.

Conceptos

Estas investigaciones y los conceptos de *legado* del suicida -como del evento suicida como tal- *enigma* en torno al acto como acto humano, *silencio* social -grupale individual-, y culpa o *participación* que del mismo se deriven, son los elementos de una epistemología del evento suicida que se intenta con esta tesis delimitar y esclarecer.

Diferencias entre Duelo y Afectación

Las actuales investigaciones sobre el campo del duelo refieren un cambio conceptual importante sobre las versiones clásicas anteriores sobre el proceso de duelo.

Los modelos para trabajar en postvención del suicidio se han nutrido de otras disciplinas entre ellas las que refieren a la elaboración como “trabajo de duelo” (Kubler-Ross, 1969), etc. que no se habrán de desarrollar en este trabajo dado su extensión pero son consideradas un trabajo anterior con delimitaciones que en la última década han sufrido modificaciones importantes.

Se sostiene que las teorías tradicionales sobre el dolor han fracasado en poder articular distintos aspectos de la experiencia del duelo (Boemer & Heckhausen, 2003, Walter, 1996). Attig (2004) llegando incluso a sostener que la comprensión del dolor ha sido claramente desafiada (Doka, 2002)

En la actualidad comienza a ser visto como un proceso más complejo que los clásicos citados, en los que confluyen no solo las cuestiones referidas a la pérdida subjetiva y a un deterioro del narcisismo, sino que se agregan las relativas a la influencia del contexto psicosocial, los paradigmas epocales y las influencias de los ideales contemporáneos.

Este desafío de las versiones clásicas sobre el proceso de duelo están siendo cada vez más aceptadas por los investigadores (Neimeyer, 2004). Dicha concepción de especificidad del proceso de duelo permitiría sustentar la versión que desde el psicoanálisis intentamos abordar y que es pensada como un:

“proceso complejo, irreductible a universalizarse, que incluye una experiencia personal intransferible, no definitiva, resultado de una pérdida que se entrelaza con otros aspectos del psiquismo y que vuelve a ser revisada y reelaborada durante la vida según las circunstancias emocionales que cada sujeto presente a lo largo de la misma.” (Niemeyer, 2004)

La metabolización de la pérdida significativa continúa durante toda la vida de un sujeto pero es factible de ser entrelazada con las representaciones nuevas, no mortíferas, que del acto de morir y del morir por “mano propia” hayan ido pudiendo realizar los sujetos afectados por un suicidio próximo.

Se evidencia que durante el proceso de afectación inmediato al evento suicida, y su deriva en los tiempos siguientes al mismo, mucho antes de iniciarse el proceso de duelo propiamente dicho, estas ideas sobre el morir y el modo de morir reaparecen bajo la forma de nuevas facetas, ideas o paradigmas, siendo en cada momento un motivo novedoso para incorporar lo que haya quedado excluido aun del psiquismo.

Cuando esto no ocurre –o se lentifica-, dichas ideas o representaciones surgen como intrusivas y ajenas al psiquismo, se las intenta apartar y segregar del resto de las representaciones y generan en los allegados una reedición del acto suicida o de su impacto inicial. (Freud, 1913)

Como varios autores sostienen, el proceso del dolor psíquico es una experiencia dinámica y fluctuante experimentada entre el sujeto que pierde y el sujeto-objeto perdido (Malkinson, Rubin y Witztum, 2006). Los modelos de dolor “traumático” no explicarían acabadamente el proceso de pérdida intrapsíquica que los sujetos desarrollan a lo largo de su existencia (Rubin, Malkinson y Witztum, 2003).

Ninguno de ellos hace diferencia entre los motivos de la pérdida ni del objeto perdido. Se cree que el suicidio como acto imprime una singularidad que otras pérdidas carecen e instala la reaparición de ideas, no solo sobre el morir sino también sobre la muerte como resolución de problemas.

La importancia del significado y las circunstancias que rodean dicha pérdida como lo son la forma de morir (suicidio) y la relación de los sujetos con el muerto (suicida) remarcan

en sí mismos, que no se trata de “olvidar” los hechos o la persona del muerto (lo que consolidaría aún más las dificultades y obstáculos para un desarrollo vital adecuado) sino que se trata más de metabolizar las coordenadas que el suicidio acarrea a los allegados.

Es en este punto que nominarlos “afectados”¹⁸ y no “sobrevivientes” como lo hace la literatura clásica sobre suicidio (Schneidman, 1980) permitiría a los allegados no vivenciarse a sí mismos como fragmentados y apartados del tejido social en el que se incluyen.

La utilización de un sustantivo (“survivors”) que los define y designa de allí en más, establecería una designación fija, inamovible, que los aparta del tejido social siendo inmodificable en el tiempo. El nuevo término de “afectados” permite no solo designar a los allegados desde una cualidad que por tal es transitoria, sino además establecer coordenadas que los incluyan en el campo de lo colectivo, eludiendo la estigmatización, el apartamiento y la sanción condenatoria del corpus social.

Las sanciones religiosas, legales y sociales contra el suicidio han propendido a la estigmatización de los allegados a un suicida. Son los sujetos que han tenido mayor impacto, tanto fuera como dentro de la familia, los que han referido mayores dificultades para metabolizar la pérdida.

Las actitudes de horror, desconcierto e incompreensión respecto del acto en sí mismo, suelen derivarse en un rechazo por aquellos sujetos cercanos a un suicida, como si de ellos dependiera el suicidio (Altavilla, 2003) (Urdinola, 2003), incluso considerando que alguien que continuara vivo debería “cargar” con alguna sanción a modo de condena.

Se puede conjeturar que ante la emergencia de suicidios en determinados tiempos de la historia y la necesidad de detener su progresión en una comunidad, la sanción intentaba detener, frenar, u obstaculizar el efecto “contagio” cuando era constatado en la práctica, lo que a menudo resultaba eficaz. Era una herramienta útil, rápida y efectiva cuando la emergencia por suicidios e intentos de suicidio se presentaba. Como ejemplo podríamos citar entre otros en tiempos del Imperio Romano el decreto de exhibición pública del cuerpo desnudo de las suicidas mujeres como modo de frenar la “ola” de suicidios, dado que la

¹⁸ Afectados: Término acuñado por el Lic. Roberto Urdinola en los primeros trabajos sobre derivaciones de un acto suicida (Urdinola, 2002)

desnudez era para las mujeres un valor príncips y por tanto, imposible de ser soportado en lo público. Estas medidas frenaban los suicidios pero quedaban a “medio camino” respecto de la resolución del problema de origen, fuera el que fuera, en cada comunidad, grupo o individuo.

Se podría decir que ni en lo social ni en el campo de la salud (cuando empezaba a considerarse un tema de salud pública) es la determinación de las causas de los suicidios y el trabajo sobre ellas, a mediano y largo plazos, algo que preocupa, sino que se prioriza los dispositivos que frenen la emergencia y el aplacamiento de los interrogantes que el suicidio acarrea.

Las investigaciones refieren cualidades como la desintegración y fragmentación sociales, la ruptura familiar, la desaprobación, la culpa y vergüenza, la incomprensión y desconcierto frente al acto, que empujan hacia la segregación no solo de los allegados sino de toda interrogación posterior al acto. (Freud, 1913)

Estos elementos descriptos por si solos no conducen necesariamente a la comprensión del porqué los afectados transitan a lo largo de sus vidas con un plus difícil de ser metabolizado.

Algunos trabajos posteriores (Sands, 2008) han investigado en forma grupal las derivaciones en los allegados del proceso posterior al suicidio recabando interesantes datos sobre las actitudes y experiencias que disminuyen la situación y vivencias personales negativas de las personas próximas a suicidas, pero se veían limitadas a actividades con poco encuadre científico y sin indicaciones precisas respecto de la diversidad de subjetividades, donde se prima casi con exclusividad la libertad de expresión. Estos trabajos incluían narraciones, rondas de comentarios, diálogos, debates sobre un tema específico, construcción de espacios plástico-expresivos, evocación a partir de asociaciones libres, etc.

Dichos trabajos eran comparables con los trabajos grupales establecidos en el Centro de Atención al Familiar del Suicida desde el 2002 (Altavilla, Urdinola 2002/7) que incluían un modelo de encuadre al modo de los *pequeños grupos de encuadre psicoanalítico* (Jasiner, 2004) pero donde se agregan al trabajo metabolizador las significaciones personales y colectivas. A diferencia de los grupos de investigación elaborados por Sand en 2008, estos grupos no proponían temáticas alusivas al suicidio sino que trabajaban sobre aquellas que

surgían espontáneamente, disminuían la tensión y ansiedad que pudiera presentarse y vehiculizaban los pensamientos hacia lo que el grupo propusiera como metabolizador de la situación emergida por el evento suicida, respetando la no direccionalidad en las que el psicoanálisis se sostiene.

En estos grupos se evidenciaba como el suicidio era visto como un elemento fallido de resolución de problemas y conducía a replantear las coordenadas de perspectivas vitales, recursos propios y colectivos y descubrimiento de potencialidades grupales del lazo social, incluso en comunidades con alto déficit de condiciones psicosociales.

Orígenes de la propuesta y problema de investigación

Pregunta Problema

Tal como se ha desarrollado en otros capítulos el suicidio constituye una problemática en ascenso y cuyo tratamiento investigativo a menudo no avanza en paralelo, sin considerar incluso la intersección de temáticas novedosas como son las de los efectos de: la exposición pública en las redes sociales, re-victimización, **las** cuestiones migratorias, la distorsión de los modelos en sexualidad, la procreación atípica, el desajuste entre expectativa de vida y capacidad de adaptación de adultos mayores, etc.

En el capítulo del estado del arte, se han desarrollado los modos de abordaje actuales, que han partido de la idea inicial del Dr. Schneidman que acentuaba la importancia de reducir la perturbación dado que de esa manera se reducía la letalidad, girando la terapia alrededor de aplacar el dolor psíquico. Las técnicas derivadas de este modelo incluyen técnicas de reducción de la tensión con ejercicios de relajación, desfocalización de las ideas recurrentes, diversión frente al aburrimiento generalizado, hasta aplicaciones (app para teléfonos inteligentes) que conduzcan al paciente hacia un estado de evitación completa de sus estados de angustia remarcando en especial que son breves y de tiempo acotado. Estas técnicas fuera de un contexto apropiado psicoterapéutico –o incluso dentro de él- pueden ser riesgosas si el paciente como el terapeuta construyen en esos ejes conceptuales bases sostenidas del trabajo psicoterapéutico y descuidan el interés primordial de trabajar sobre la subjetividad del

afectado. El riesgo es que estas técnicas se generalicen como método *princeps* y puedan ser una forma de eludir el tratamiento psicoterapéutico, similares al riesgo del autocontrol y automedicación.

Tanto estos dispositivos de tratamiento del PTSD o Trastorno por Stress Postraumático como la indicación de concurrencia a grupos de autoayuda –como los sugeridos desde el trabajo de Schneidman y hasta hoy única indicación dada por la OMS para allegados- es fundamental comprender que la posibilidad de riesgo suicida, potenciación de elementos disruptivos o fortalecimiento del impacto en el psiquismo, son solo alguno de los riesgos que presentan.

Los grupos de ayuda mutua –así debieran ser llamados- debieran ser una herramienta de apoyo a los tratamientos psicoterapéuticos individuales y/o grupales y siempre que estos consideren que los allegados o afectados tienen características precisas para su aprovechamiento: capacidad de grupalidad, respeto por el trabajo intrapsíquico individual, capacidad para tolerar las diferencias de los “tiempos psíquicos de elaboración”, creatividad para la construcción de alternativas fortalecedoras, solidaridad, niveles tolerables de agresión, buena tolerancia a la frustración y/o enojo, capacidad para la elaboración de metas a mediano y largo plazo, etc.

Los tratamiento grupales son estrategias de atención que se diferencian de los grupos de ayuda mutua porque tienen un número limitado de integrantes para favorecer el intercambio, no pueden incluir personas con lazos previos de amistad o sanguíneos, no permiten la inclusión/exclusión permanente de integrantes y se consolidan con un terapeuta y co-terapeuta al modo de las psicoterapias de encuadre psicodinámico con una concurrencia periódica de tiempo delimitado –sugerida entre los 6 meses a un año y medio-¹⁹.

Poder considerar la afectación a la luz del modelo de Lo disruptivo, permite pensar en cómo incide la proximidad de un evento de suicidio en el procesamiento psíquico, con una mirada amplia y superadora que pretende no reducir la situación limitándola al exclusivo elevamiento de la tensión intrapsíquica.

¹⁹ Grupos psicoterapéuticos del CAFS entre 2003 y 2015.

Los fenómenos propios de la **afectación por suicidio** –presentes en sus ejes conceptuales detallados a lo largo de esta tesis- guardan una relación entre sí y se articulan al modo de una espiral que se proyecta hacia adelante, procesándose y enlazados unos a otros de forma tal que pueden destrabarse (u obstaculizarse) según estén dirigidos (o no) a las metas de la articulación procesual: enlace de afecto y representación del afecto que fortalezca los mecanismos defensivos más eficaces para el afrontamiento de eventos disruptivos vitales a sucederse inevitablemente con el transcurrir de la vida.

Se interroga qué relación guardan entre sí y cómo se articulan y procesan los fenómenos intrapsíquicos que genera la proximidad a un evento suicida.

Construcción del concepto

a) Modelo Ecobioético

Se propondrá la inclusión de los principios de Bioética de la UNESCO, que postulan:

- I. Dignidad humana y derechos humanos
- II. Beneficios y efectos nocivos
- III. Autonomía y responsabilidad individual
- IV. Consentimiento
- V. Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento
- VI. Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal
- VII. Privacidad y confidencialidad
- VIII. Igualdad, justicia y equidad
- IX. No discriminación y no estigmatización
- X. Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo
- XI. Solidaridad y cooperación
- Aprovechamiento compartido de los beneficios
- XII. Protección de las generaciones futuras
- XIII. Protección del medio ambiente y la biodiversidad

El concepto de Ecobioética (Benyakar, 2013), refiere a un campo disciplinar superador de la bioética que articula distintos saberes en una búsqueda del equilibrio del ecosistema. Implica el desarrollo de acciones en: prevención, intervención y reconstrucción con aportes novedosos teóricos y metodológicos (Red de Ecobioética, 2013).

En las últimas décadas se viene trabajando en la elaboración de modelos conceptuales que incluyan decididamente éticas inherentes a la condición humana. Su correlación con los ámbitos y campos de investigación han sido materia de preocupación para todo aquel que se oriente en el fortalecimiento de los recursos existentes para la conservación de la vida y de la calidad de la misma. Las situaciones de fenómenos naturales que provocan desastres y catástrofes hasta las implicancias de las diferencias religiosas y políticas, trazan un mapa complejo si se plantea la aplicación de dichos principios.

Las comunidades se tornan caóticas tanto en la velocidad de los cambios producidos como en las implicancias exponenciales de dichas modificaciones. Basta considerar cuanto las alteraciones de los núcleos sociales impactan en cada individuo como también, la acción que un solo sujeto puede potenciar a otros en situación similar.

Es en el marco de este universo en que la necesidad de dispositivos que puedan operar sobre el sufrimiento humano se torna imperiosa y es menester que una posición ética al respecto considere trabajar en forma de red con el concepto de preservación y mirada positiva hacia el futuro. La Red de Ecobioética que se ha citado con antelación, busca la consideración del cuidado del hombre, de la salud, de la calidad de vida y de una profunda convicción en la generación de conocimientos transdisciplinarios que colaboren entre sí.

b) Modelo Ficcional: la ficción como demanda

Tal vez sea este uno de los tiempos de la historia en que, mediados por los elementos de comunicación, los requerimientos que el ser humano necesite sean demandados o expresados más claramente a través de elementos ficcionales que por el discurso directo, dado que este puede ser manipulado y convertido en un instrumento de sometimiento renovado.

Sobre el suicidio la literatura proporciona variadas referencias donde acreditar la situación de pesar y sufrimiento extremos. Puede recorrerse en los relatos precisos la intimidad que experimenta el humano en el proceso de desintegración de recursos psíquicos para afrontar la adversidad. Pero, en menor medida la literatura ficcional, testimonial o académica, recorre en busca de horizontes de comprensión sobre aquellas experiencias subjetivas de quienes -del entorno del suicida- *se ven tocados*, en la profundidad de su **ser**, por un “acto” tan contundente como indescifrable. Un acto que enfrenta al humano con una de las mayores interrogaciones existenciales factible de hacerse: el suicidio del semejante. Tomarse de los relatos es ahondar no solo en el hecho suicida sino en el vivenciar del allegado, del testigo sufriente, del afectado por un suicidio próximo.

Gabriela Mistral, poetisa y escritora chilena, primer autor latinoamericano y mujer en ganar el Premio Nobel (1954), tuvo durante su vida acontecimientos que la ligaron al suicidio y a la muerte cercana. A la edad de tres años su padre abandona la familia. En 1906 mientras trabajaba como profesora conoce a Romelio Ureta, un trabajador ferroviario con el que entabla una fuerte relación emocional hasta 1909 cuando él se suicida. La muerte se vio reflejada en su obra convirtiéndose en un tema recurrente. Luego de transcurridos años del hecho y estando como Cónsul chilena en Brasil se suicida su entrañable amigo Stefan Zweig (1881-1942) junto a su mujer.

En una extensa carta dirigida unos días después al escritor argentino Eduardo Mallea, transita el recorrido de **poner en palabras** la conmoción espiritual y el sufrimiento afectivo que la embargó en aquellos momentos. Dice:

Creí que se trataba de un accidente de auto y busqué entre mis amigos de Petrópolis. A cualquiera hallaba menos que a ellos. Porque hacían la vida más quieta del mundo y la más dulce en apariencia y la más linda de ver. Tenía tanto miedo de saber, amigo mío, tanto temor, que no quería preguntar. Connie (Saleva, secretaria de G.M.) subió llorando como un niño. (...) Salimos hacia Petrópolis con una sensación de sonámbulos que hacen cosas absurdas: saberlos muertos no era posible para nosotros, y muertos por suicidio, menos. Nosotros seguíamos hablando y oyéndolo todo. (...) Al fin entré en el dormitorio y estuve allí no sé cuánto tiempo sin levantar cabeza. Yo no podía o no quería ver. (Mistral, 1909).

Sigue un detallado registro, tanto de lo personal como de los distintos personajes en la escena, en el afán de obtener alguna respuesta de los mismos.

Dice de la esposa mucho más joven que Zweig: *Ella supo irse con él, dejando atrás la vida entera. (...) La miré mucho rato.* Esta estupenda escritora en un extenso relato que necesita dirigir a un interlocutor válido, transita por reconocer/desconocer el hecho, indagar/rechazar las explicaciones, expresar/contener sus expresiones emocionales, testimoniar/negar la escena, etc.; todas ellas características comunes de la ambivalencia que provoca el suicidio.

En su impecable relato de vida, Tabita Peralta Lugones, bisnieta del reconocido escritor argentino Leopoldo Lugones, puede traducir las derivaciones subjetivas que calan hondo en el psiquismo de un allegado (Peralta Lugones, 2009) El relato grafica con precisión la necesidad de pendular entre todos los *personajes* que el allegado y su entorno vital componen en un juego al modo del calidoscopio.

“El muerto suicida, de alguna manera, se queda vivo. El muerto-muerto, de cansancio, de violencia o de enfermedad, se ha ido muriendo; el suicida, quizás como el que se muere de un aneurisma, de un ataque al corazón, es un muerto que entra por su muerte en los horarios y los espacios de los demás.

Todo queda suspendido en una foto fija para siempre, en un momento. En el momento en que tomó la decisión, marcó a todos los demás. Un vínculo ata esa muerte con lo que sucedía del otro lado, en aquel preciso instante, en cada una de las personas que lo haya conocido. Nadie nos dijo nada, de manera que todo lo fuimos sabiendo con cuentagotas.

El acto que no tiene nombre. Estamos deshechos/hechos de suicidios.”

Estas implicancias subjetivas de los allegados requieren de un tiempo psíquico -que no coincide con el tiempo cronológico esperable de duelo- para resignificarse y adquirir un orden adecuado para la continuidad de la vida. La sistematización de los ejes –legado, enigma y participación- permite a los profesionales responsables, hacer de una tarea que en principio se presenta caótica, un trabajo de acompañamiento con menores aristas y mejores resultados’ (Altavilla, 2012)

1.3. Postulado

El suicidio es un evento de alto impacto disruptivo que inscribe en los allegados la idea de muerte propia o próxima autolesiva, predispone al riesgo suicida u otras alteraciones físicas y/o psicológicas y distorsiona los lazos sociales transformando los paradigmas culturales vitales en mortíferos.

2. ESTADO DEL ARTE

Las hipótesis planteadas en esta tesis encuentran alguno de sus rastros en los trabajos mencionados más abajo, sin desmedro que pueda haberlos en algunos otros.

2.1. Modelo del Grupo de Memphis – Robert Niemeyer

Dentro de los lineamientos de abordaje que incluyen no solamente delimitaciones descriptivas sino que agregan e intentan dar lineamientos conceptuales sobre derivaciones en el entorno del acto suicida, se considera que los inherentes al trabajo teórico y de campo que el grupo de investigación del Departamento de Psicología de la Universidad de Memphis (USA) integrado por Neimeyer, Cerel, Maple, Aldrich, Flaherly, Moore, entre otros (2010-2015) se acercan a la investigación iniciada en Argentina con pacientes que pasaron por suicidios cercanos (Altavilla, Urdinola, 2002-2005) y continuada como investigación (Altavilla, 2002-2017).

Estos lineamientos han acordado en vincularse con la psicoterapia constructivista que incluye conceptos como los de *narrativa pasado-presente-futuro* que intentan una coherencia para comprender aquello que pasa en la vida y porque pasa, y establece la comprensión como un formato de “ventanas” que permiten incluir la figura del psicólogo en la comprensión de lo que pasa en los sufrientes de una forma vivencial y no solamente instrumental (o teórica). Desde su punto de vista no habría “pensamientos disfuncionales” sino que cada persona tiene sus propios pensamientos y que constituyen un mapa de sus experiencias donde se revelan los hechos y las oportunidades o “salidas” que cada persona pueda tener para resolver sus dilemas. Así sostienen que el constructivismo es una teoría de posibilidades porque esencialmente “siempre habría posibilidades”. Esta forma de abordaje y psicoterapia está siempre atenta a las emociones, a la senda de los *afectos significativos* que son aquellos que sirven para saber lo que es importante en la vida. Estos trabajos dan valor a la vivencia de la situación más que a saber o teorizar información sobre la situación. Esta teoría – constructivista apoyada en la bipolaridad del constructo- fue introducida con los trabajos de George Kelly en los años 60 y planteaba algo distinto a los trabajos cognitivistas propios de esa época y que sostenía que la metodología era captar esa suma de perspectivas que cada

persona desarrolla y que aporta el *dar un sentido* a las situaciones, las personas e incluso al sujeto mismo, es decir, que algo adquiere sentido en tanto se compare con otro *polo* de contraste. Esto enriquece los puntos de la percepción y el sentido, entonces pueden integrarse unos a otros para elegir y tomar decisiones de acción sobre el entorno. Por último, el reconocimiento del valor del universo no consciente como pre-existente o pre-reflexivo.

Si se ha avanzado en algunas de estas investigaciones en el establecimiento de subcategorías (expuestos, afectados y desamparados por suicidio), considerando al subgrupo “desamparados” el de mayor riesgo a corto y largo plazos. Pero más allá del establecimiento de las categorías no se detallan las variaciones intrapsíquicas que define a cada una de ellas en profundidad en especial porque cualquiera de las tres categorías tienen cualidades que pueden superponerse.

Otra de las diferencias con este modelo conceptual son las sugerencias al señalar el valor de establecer la creación de un registro de supervivientes.

En ese sentido la tesista considera su elaboración adecuada con parámetros correctos, pero riesgosa en su aplicación pues podría precipitar al manejo inapropiado, uso inadecuado de los datos incluidos en el registro e incluso la impericia en el proceso de relevamiento (teoría fundamentada, narrativa, fenomenológica o focalizada, etc.) Es de fundamental importancia que no haya elementos de evaluación que re-victimicen a los damnificados.

Incrementar la credibilidad y la riqueza de las conclusiones parece ser de sus mayores intereses, como también la construcción de predictores al respecto pero se considera que este valor debe contemplar necesariamente el secreto profesional y el uso adecuado de las medidas de prevención colectivas, sin descuidar el valor del “tiempo personal” de cada situación.

La mayoría de los ítems de las evaluaciones psicológicas y psicosociológicas sugeridas no parecen diferir de los incluidos en la Valoración de Autopsia Psicológica Protocolo de actuación (VAPPA) en las muertes dudosas. Esta técnica, surgida a partir de la necesidad jurídica de determinar las razones preexistentes en eventos seguidos de muerte, derivó en la elaboración de un Modelo de **Autopsia Psicológica para Suicidas–MAP I**, técnica pericial para definir si se trataba de un suicidio o un accidente.

Dicha técnica, estructurada y sistematizada, reduce el margen de sesgo que los entrevistadores puedan tener a la hora de recabar información sobre el fallecido y proporciona una metodología para indagar la personalidad preexistente del occiso, los factores de riesgo previos, el tipo de vínculos interpersonales preexistentes hasta los elementos precipitantes del acto. Dado que esta información se recaba luego del suicidio entre terceras personas allegadas al suicida, facilita una aproximación no solo a la comprensión de la construcción de los factores de riesgo sino del impacto que el suicidio pudiera haber tenido en los distintos allegados, hayan sido estos integrantes de la familia nuclear como compañeros de trabajo y/o estudio, convivientes, vecinos, etc. Se incluyen en esta valoración todo el material que el fallecido hubiera dejado (cartas, notas, documentos personales, diarios) como también datos oficiales relevantes de su vida (historias clínicas, expedientes laborales y escolares, etc.)

En los inicios de su aplicación como instrumento pericial se consideró que esta herramienta pericial podía tener consecuencias indeseadas entre las personas afectadas y por ende rechazo hacia el mismo, pero pudo determinarse que los allegados mostraron disposición para el relevamiento e incluso que había sido terapéutico para muchos de ellos, dado que les permitía hablar de la situación vivida y expresar las ideas sobre el mismo.

Dicho esto se puede afirmar que la autopsia psicológica es un método que, aunque diseñado con otra finalidad, permite indagar entre las personas del entorno las razones que pudieran haber determinado el suicidio. Pero dado que se lleva a cabo con personas impactadas por un evento de alta disruptividad, requiere de pericia para no generar re-victimización y ocasionar derivaciones indeseadas.

"La Autopsia Psicológica previene conductas autolesivas. Existe una metodología para detectar qué factores de riesgo estaban presentes y caracterizan su población suicida (Kizza, Hjelmeland, Kinyanda y Knizek, 2012, pp. 95-105).

2.2. Modelo del Aprendizaje Transformador - Australia

Otra aproximación²⁰ se encuentra en los trabajos de Sand-Tennant de Australia en 2010 que se focalizan en el proceso experimentado. Se refiere al mismo como un *aprendizaje transformador* que los allegados transitan luego del suicidio, aunque lo consideran dentro de un proceso de duelo ya iniciado.

¿Pero sería posible considerar una transformación sin la evidencia de un **registro de pérdida** tal como la teoría freudiana sostiene que es requerido para el inicio de un trabajo de duelo?

La teoría del aprendizaje transformador pretende analizar la dinámica y a la vez extraer implicaciones para la teoría, la práctica y la investigación sin considerar la presencia de un registro claro de pérdida del objeto. Afirma que los allegados *construyen significados sobre la auto-volición de la muerte y sus relaciones continuas con los difuntos, ellos mismos y otros significativos. Al igual que en el aprendizaje transformador, la búsqueda del significado procede a través del discurso, el diálogo y la re-narración de los acontecimientos pasados y sus relaciones*²¹.

Pero una de las limitaciones relevantes es que este aprendizaje es comúnmente expresado y conducido, produciendo tensión entre la cognición y el afecto, el papel de las relaciones y las concepciones subyacentes del Yo.

El proceso puede ser visto como una experiencia transformadora de aprendizaje, pero claramente no depende de un cambio epistemológico. Se basa en nuevas teorías sobre teorías de dolor (Attig, 2004) (Boemer y Heckhausen, 2003) (Riches & Dawson, 2000). (Neimeyer, 2000)

Aun cuando esta metodología de abordaje contempla la subjetividad de los sujetos no deja de encuadrarse bajo la forma de un proceso educativo más que como un proceso creador de significado, tal como el psicoanálisis sostiene y esta tesis adhiere.

²⁰ Sand, Diana y Tenant, Mark. "Transformative learning in the context of suicide bereavement". Bereaved by Suicide Service. University of Technology – Sydney, Australia , 2010.

²¹ Idem

3. ANTECEDENTES

3.1. Edwin Schneiman

Edwin Schneidman (1918-2009) es considerado el precursor en la investigación de la problemática del suicidio. Pionero en el campo de la prevención del suicidio, sus investigaciones se iniciaron en Los Ángeles y se continuaron por los siguientes 50 años. Su compromiso y visión sobre la importancia que la temática tendría en las siguientes décadas hizo posible que el tema cobrara relevancia, tanto que pasó a tener entidad propia bajo el nombre de Suicidología.

El suicidio, como estudio clínico, no había interesado hasta entonces a Schneidman, pero la historia de vida de los dos veteranos y el encuentro con las más de 700 “notas póstumas” de la oficina forense de Brentwood –Los Ángeles-, le permitió no interponer sus propios prejuicios y ahondar en la investigación que el material tan extenso le ofrecía. Junto a Norman Farberow analizó el material de notas póstumas bajo el Método Mill de Análisis de Datos cotejándolo con el que proporcionaba un material similar ficcionado por voluntarios, llegando a determinar que las notas reales presentaban coordenadas precisas y las distinguían de las otras.

“Ya desde Durkheim las investigaciones incluían lo sociológico dentro de los elementos inherentes al acto suicida, sin embargo, a pesar de que el hecho suicida era ya un tema científico y su estudio estaba nutriéndose de sus propios presupuestos y conceptos –alejados de los populares o los religiosos-, las metodologías de investigación seguían siendo dispares, inconsistentes y ofrecían múltiples respuestas muchas veces contrapuestas. Hasta los años 50 los científicos pensaban que solo los enfermos mentales se quitaban la vida, es decir, que el suicidio era un fenómeno que se diera entre personas que no demostraban claros signos de psicopatología y trastorno mental. Sin embargo nuevas teorías y perspectivas de análisis científico dieron cuenta de que el estudio del acto suicida debía incorporar muchos factores que hasta ese momento habían pasado inadvertidos en aras de entenderlo a cabalidad y además poderlo prevenir. Dos fueron las grandes aportaciones a este respecto, (...) comprender que el estudio del suicidio no debía centrarse solamente en la muerte del

sujeto sino también en el momento de su planeación y en los rastros materiales y textuales que este dejaba. Esta visión innovadora que nuestra sociedad occidental contemporánea le otorga al suicidio fue uno de los legados de Schneidman.”²²

“Así fue que profesionales de distintas disciplinas se acercaron a su enfoque psicológico y sociológico que permitía indagar sobre los factores predisponentes al suicidio y a las patologías relacionadas a este. Esto fue posible gracias al trabajo y dedicación del Dr. Edwin S. Schneidman quien logró obtener la atención pública y política sobre el fenómeno suicida y sus graves consecuencias sociales.”²³

Su investigación iniciada de forma indirecta cuando fue convocado a enviar cartas de pésame a viudas de dos jóvenes veteranos de guerra que se habían suicidado lo impulsó a investigar sobre las razones y derivaciones del suicidio.

Habiéndose iniciado en la investigación suicidológica a partir de las “notas póstumas” y la investigación sobre las causales a través de sus familiares y allegados, puede considerarse que, la estrecha vinculación con las derivaciones de suicidios fueron un punto de inflexión para la curiosidad respecto del tema que movilizara a crear incluso alguna forma de abordaje de los allegados. Durante esos años, construyó una serie de indicaciones para los allegados a los que denominó “survivors” o “sobrevivientes”, dado que en Norteamérica es usual denominar de este modo a los deudos de aquellos que fallecen. Pero esta denominación fue quedando para designar a los que tenían algún familiar que hubiere muerto por suicidio designándoselos a partir de entonces como “sobrevivientes de suicidio”, denominación que luego devendría estigmatizante para los allegados pues consideraban que el concepto en idioma español era más adecuado para designar a aquellos que hubieren intentado un suicidio y no hubieran fallecido.

Es entonces que a partir del 2001 con las investigaciones que derivaron en la construcción de esta tesis la designación “sobreviviente” fue dejada de lado para pasar a designarse “allegados” –para delimitar a todos las personas del entorno de un evento-, y “afectados” a aquellos que fueran de entre los allegados los que presentaran las coordenadas

²² Chávez-Hernaández, A.M. Edwin Schneidman y la suicidología moderna. Salud Mental. Vol.33, N*4, Publicación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz: México, Julio-agosto,2010

²³ Idem.

de los ejes conceptuales que se desarrollan en esta investigación: *legado, enigma, silencio, participación*.

Schneidman insistió en el valor de la contención de los allegados pero estructuró un modelo de abordaje que consistía en una forma grupal autogestora de contención y acompañamiento de estructura similar a la de otros grupos de apoyo.

A pesar de considerar de relevancia el haber transitado en la historia vital un evento de suicidio en forma próxima, no llegó a acentuar la importancia de la asistencia psicológica aun teniendo en cuenta el proceso ulterior como parte de un dispositivo que llamó de “postvención” – por correlación con el concepto de “prevención” ya utilizado en salud para los dispositivos de APS.

No se indicó en aquellos momentos que los familiares debieran ser entrevistados, asistidos y orientados por profesionales de la salud mental ni tampoco que el abordaje incluyera un dispositivo de seguimiento a un plazo de por lo menos 2 años, lo que actualmente es consensuado como el tiempo de vulnerabilidad psicológica posterior a un evento de suicidio, como mínimo.

3.2. Karolinska Institute - Suecia

En los últimos años se ha intentado sistematizar las complejidades desde diferentes disciplinas académicas especializadas que intentan explicar los variados motivos subyacentes al proceso vivido por el entorno de un suicida y que sostienen la intervención preventiva que reduce los efectos devastadores. La investigadora referente en Europa sobre los dispositivos de prevención y postvención, la Dra. Danuta Waserman (2009) continúa trabajando y realizando acciones especialmente con adolescentes, dado el alto índice que aún se mantiene en el país.

Sus últimas incursiones tienen que ver con incorporar dispositivos tecnológicos –app para smartphones- con la intención de llegar a más personas y con mejores resultados.

Se sostiene que estos trabajos, como otros de asistencia, contención y abordaje serán oportunos siempre y cuando las coordenadas de la bioética y ecobioética sean puestas en juego. Si los abordajes con sujetos que han pasado por situaciones de suicidio próximas no contemplen un *continuum* reflexivo y continente, poco será lo que se pueda avanzar en el tema aún con las mejores intenciones, dado que muchas aplicaciones ya están disputándose lugares de privilegio donde se reproduce la utilización de los damnificados con el objeto de una rentabilidad ajena a ellos.

4. MARCO TEORICO

*“(el psicoanálisis opera allí)..a fin de que quienes tienen que atravesar esa aflicción tengan alguna ley sobre ella en vez de sufrirla en el engegucimiento”
Ginette Rimbault*

4.1. Modelo de Lo Disruptivo – Benyakar

Es del interés de esta tesis puntualizar sobre los conceptos que la teoría y Modelo de Lo Disruptivo y el Psicoanálisis tiene para aportar en el caso de afectación por suicidio.

En coincidencia se desplegarán los conceptos fundamentales de dicha teoría resaltando aquellos que son convenientes para esta investigación y puntualizar los que en la transferencia de resultados pudieran ser aplicables a investigaciones futuras.

Atendiendo a estas consideraciones previas se situarán algunos conceptos sin desmedro de que se vean articulados con otros de la misma teoría. Se replicarán conceptos como el de Lo disruptivo, articulación y desarticulación, desregulación de lo psíquico, vivencia y vivenciar, modalidad de procesamiento psíquico, relato proarticulador, entre otros.

Un campo relevante para esta investigación ha sido lo que la teoría de Lo Disruptivo del Prof. Dr. Moty Benyakar interroga y pone en cuestionamiento el uso generalizado del concepto de trauma y su correlación con los diagnósticos de PTS –Stress Post Traumático, según sus siglas en inglés- en el DSM IV.

“Si bien el cuerpo del conocimiento psicoanalítico se ha abocado a la descripción de las causalidades, los dinamismos y las manifestaciones patológicas de lo traumático en sus diferentes formas, actualmente, dentro del área de salud mental, se tiende al uso de cuadros descriptivos que pretenden caracterizar los fenómenos sobre la base de estándares preestablecidos. De este modo, la utilización de manuales diagnósticos es una práctica habitual” (Benyakar, 2005, Pág.102)

Si el campo de lo traumático es entonces más amplio que el definido por los manuales diagnósticos en curso, ¿por qué debiera reducirse las connotaciones propias de un estado post evento de suicidio a la definición generalizada de Stress Post Traumático?

“Intentamos transmitir nuestra convicción de que lo traumático involucra todo un campo –amplio y complejo– que va mucho más allá de los cuadros clínicos descriptos por la neurosis traumática o el llamado síndrome de estrés postraumático.(...) El conjunto de síntomas característicos de una reacción traumática aguda, que en el nivel psicopatológico fue explicado como consecuencia de la presencia del complejo presenta interrogantes que pueden ser mejor abordados articulándolo con el modelo de psiquismo propuesto” [Benyakar, 2006, p.57]

Es fundamental distinguir que un evento, situación o fenómeno que impacta en el psiquismo es un evento disruptivo que provoca desestabilización, desregulación y/o desarticulación del procesamiento psíquico. Pero que no necesariamente las respuestas del psiquismo devendrán patológicas sino que pueden ser elaboradas y generar un conjunto de respuestas creativas y provechosas para los sujetos.

Esta situación de encuadre conceptual es mejor definida como “**modelo relacional**”, es decir, que las respuestas del psiquismo estarán en el *modo en que se vincula el evento disruptivo y el procesamiento psíquico que de ello resulte*.

Es decir, el impacto y las derivaciones de un evento de suicidio próximo no estarán determinadas exclusivamente por el evento mismo sino por el modo de procesamiento psíquico que de este el sujeto realice. Es cierto que desde el punto de vista del evento mismo será necesario considerar su alto potencial de disruptividad pero las cualidades de las diferentes reacciones conductuales e intrapsíquicas que se presenten estarán definidas por el modo de procesamiento que el sujeto pueda hacer del mismo.

Nos valemos del Modelo de Lo Disruptivo porque nos aproxima a comprender que un **evento de suicidio es un hecho fáctico** que existe como tal (fuera del sujeto) y que, de dicho evento, el sujeto hará una realidad precisa, aquella que pueda construir acerca de este.

Permite aclarar que un suicidio no es un evento traumático sino un evento con alto potencial de disruptividad y que no implicará necesariamente la emergencia de fenómenos propios de lo traumático aun cuando si se presenten aquellos propios de lo que se sostiene como un *Estado de Afectación* a metabolizarse.

Entre lo fáctico (externo) y la realidad (interna) se extiende un campo mediado por los recursos psíquicos que el sujeto disponga para procesarlo y lo que del entorno (facilitador o no) dicho sujeto se pueda ver favorecido. Esto se evidenciará según el modo de representación que de dicho evento el sujeto realice, o sea, la representación –elaboración personal e intransferible- que del evento fáctico se promueva.

Con base en los distintos encuadres sobre eventos disruptivos que este modelo teórico aporta, se podría afirmar entonces que un evento de suicidio es una “situación fáctica humana intencional del contexto social, interpersonal y/o intersubjetivo, violenta, desestabilizante y displacentera por efecto del evento mismo”. (Benyakar, 2005)

Diferenciar “Trauma” de **Afectación** es uno de los objetivos más importantes de esta apuesta teórica pues representa un camino metodológico para su comprensión distinto de aquel que aglutina a los sujetos que atravesaron la experiencia de un suicidio próximo con el diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático –F.43.1 o 309.81 según sea el DSM IV o el CIE-10- : “La persona que ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás; y ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.”

“La frecuencia con que los profesionales de la salud mental utilizan la palabra ‘trauma’ para referirse a lo que le pasa a una persona que debió atravesar una situación muy difícil y dolorosa debe hacernos reflexionar acerca de la función que esta palabra cumple, tanto en la teoría como en la práctica psicoterapéutica. Tal parece que sirve para dispensarnos del esfuerzo imprescindible que significa distinguir y caracterizar los distintos elementos que participan de la situación: el hecho que viene de afuera, el impacto que sufre el psiquismo y el modo en que se articulan ambos fenómenos en el interior del sujeto. Sin este esfuerzo de discriminación, que permita elaborar conceptos específicos para remitir a cada uno de esos elementos y sus características, no hay manera de fundamentar un diagnóstico y una estrategia de tratamiento adecuados.” (Benyakar, 2016. Pág. 14)

Es así que tomando la posibilidad de considerar que un suicidio es un evento altamente disruptivo que impacta a los sujetos del entorno próximo debiéramos considerar si este impacto ha producido en ellos algún modo de desarticulación del vivenciar normal, cuál ha

sido la dimensión de esta desregulación, cuáles han sido los recursos psíquicos utilizados y si estos han proporcionado alguna metabolización del evento suicida integrando afecto y representación del afecto para la continuidad del procesamiento normal.

Uno de los elementos útiles del modelo permite discriminar el grado de impacto intrapsíquico desde: la articulación normal del afecto con la representación, la desregulación transitoria no patológica donde no se presentan síntomas, la desregulación sostenida hasta la desarticulación –quiebre entre afecto y representación del afecto- que evidencia un fallo en la articulación y se manifiesta –y corrobora lo traumático- con la presencia del introducto.

Hemos de considerar que en esta investigación –como en la clínica de las que se seleccionó la muestra- no se registró que fuera posible para un sujeto próximo a un suicidio consumado la articulación normal entre afecto y representación del afecto y si se evidenció la disparidad de las otras formas de desregulación intrapsíquica.

Es entonces que los conceptos del Modelo de Lo Disruptivo permiten orientar al profesional en la evaluación psicológica como en la clínica de orientación psicodinámica para ir en búsqueda de las vivencias de desvalimiento, desamparo o vacío traumático que requieran de un proceso articulador preciso.

Es de relevancia aquí citar los efectos que el relato proarticulador provee a los sujetos en este trayecto.

“El relato proarticulador no solo pone en juego al conjunto representacional-afectivo ligado a la experiencia traumatogénica con la posibilidad de que esta a vez si se logre metabolizar sino que, -al ser relato para otro- posibilita que se produzca, en algún momento, un diálogo reparador dentro de un vínculo cometabolizador eficaz y, con este, el *a posteriori* articulador. [Benyakar, 2006. P.80]

Entre los aportes relevantes del Modelo para futuras teorizaciones sobre las derivaciones del fenómeno del suicidio en los allegados serán las que se relacionen con el fenómeno de la palabra “suicidio” o la “amenaza suicida” como fenómenos fácticos que impacten en el psiquismo de las personas próximas a aquellos que los formulan. (Benyakar, 2003)

4.2. Marco Psicoanalítico

De la amplia producción que Sigmund Freud tuviera respecto de los fenómenos psíquicos y sus derivaciones conscientes e inconscientes, se tomarán para este trabajo algunas por su proximidad con la temática y se señalarán aquellas que puedan ser desarrolladas con posterioridad y sirvan para el mismo objetivo: analizar, detallar y delimitar las coordenadas intrapsíquicas que puedan aparecer posteriores a un evento suicida en los allegados y el entorno.

La cuestión del estigma, lo sagrado y lo impuro, presente en sus elaboraciones sobre la cultura Masai que desarrolla en *Totem y tabú* (1912-13) son algunas de las que serán desarrolladas en adelante.

La noción de trauma y neurosis traumática como diferentes, algunas en escritos previos sobre la noción de trauma *Proyecto para una psicología para neurólogos* (1885) y otras elaboradas en sus escritos después de acontecida la Primera Guerra Mundial en relación tanto del abordaje para la recuperación de pacientes que habían sido impactados por una situación que los excedía psíquicamente. Las nociones de elaboración que incluyen nociones de angustia real y vivencia traumática permiten diferenciar las cuestiones entre lo intrapsíquico y lo fáctico que queremos sostener, como del procesamiento distintivo de las mismas.

Los tres tiempos para la construcción del síntoma, la relevancia de lo sorpresivo – como elemento disruptivo que emerge en la escena- para la construcción de las neurosis y las variantes de lo contingente, las vivencias de desamparo y desligaduras estarán presentes en el desarrollo de esta tesis citando lo que el psicoanálisis y la teoría freudiana tiene para decirnos sobre el postulado que sostenemos.

4.3. Modelo de la Complejidad de Morín

Los tres principios de la Teoría de la Complejidad según Edgar Morín (1990) son: el Dialógico, el de Recursividad y el Hologramático.

Tomados de estos principios podríamos sostener que la aparición de eventos suicidas y su correlato en los sujetos que a ellos están expuestos permitiría comprender lo multifacético inherente a los mismos.

Según refiere Morín (Morín, 1990) en su libro “lo que en apariencia surge como un caos permite comprender –si así se considera- las variadas y muchas veces antagónicas versiones de un mismo fenómeno. (...) Orden y desorden son dos enemigos: uno suprime al otro, pero al mismo tiempo, en ciertos casos, colaboran y producen la organización y la complejidad.”

En los eventos de suicidio y sus derivaciones encontramos estos principios que pueden facilitar una tarea compleja de comprensión sobre los mecanismos que obstaculizan-impulsan-organizan las producciones intrapsíquicas y colectivas *a posteriori*.

“Los productos y los efectos son, al mismo tiempo, causas y productores de aquello que les produce” según Morín, esto permite comprender en parte aquello que hasta las últimas décadas se sostenía en el mecanismo identificatorio para explicar un proceso que va del evento suicida al suicidio de los allegados, proceso de “mimetización”, o “efecto Werther” según sean los marcos conceptuales de los que se hubieren tomado.”

“Podría explicarse entonces como los sujetos producen formaciones y estas, a su vez, producen movimientos subjetivos y/o culturales que llevan a determinadas coordenadas subjetivas que retornan sobre los sujetos en forma de “bucle” o proceso auto-constitutivo, auto-organizado y auto-productor.”

‘La causalidad entonces no es lineal. El trayecto causa-efecto-modificación de la causa es pertinente cuando se quiere comprender procesos de circulación precisos, como puede ser el de la reduplicación de suicidios, sin reducirla a un proceso de “contagio”. (Morín, 1990)

La “causa” no es estructurante para el análisis de fenómenos complejos –como el del suicido- que requieren de la inclusión de instancias que consideren lo incierto, lo discontinuo, la retroalimentación, etc., como otros que la Teoría de la Complejidad aporta.

Por último la función de lo hologramático considera al todo como inscripto en las partes, permitiendo integrar elementos que en apariencia aparecen dispersos, discontinuados y meramente acumulativos:

Para Morín (1990) *“en un holograma físico, el menor punto de la imagen del holograma contiene la casi totalidad de la información del objeto representado. No solamente la parte está en el todo, sino que el todo está en la parte.”*

La Teoría de la Complejidad de Morín nos aporta elementos epistemológicos para pensar los fenómenos que se presentan en el Estado de Afectación, no reducirlos a su status fenomenológico y unicausal para adentrarnos en la indagación situacional abarcativa e integradora de un suceso tan delicado para el espíritu humano.

Más adelante en esta investigación -y en relación al tema específicamente del eje del enigma-, los postulados de Morín vendrán al encuentro con aportes conceptuales que refuercen las hipótesis de esta tesis, fundamentalmente en sus afirmaciones respecto de la no-universalización, la no completud y la no-generalización.

“Creo que la aspiración a la totalidad es una aspiración a la verdad y que, el reconocimiento de la imposibilidad de la totalidad es una verdad muy importante. Por eso es que la totalidad es, a la vez, la verdad y la no-verdad.”²⁴ La inteligencia ciega destruye los conjuntos y las totalidades, aísla todos sus objetos de sus ambientes. No puede concebir el lazo inseparable entre el observador y la cosa observada.

Es evidente que los fenómenos antro-po-sociales no podrían obedecer a principios de inteligibilidad menos complejos que aquellos requeridos para los fenómenos naturales. Nos hizo falta aceptar la complejidad antro-po-social en vez de disolverla u ocultarla.

Trataremos de ir, no de lo simple a lo más complejo, sino de la complejidad, hacia aún más complejidad. Lo simple no es más que un momento.

A menudo, en el punto de encuentro de un flujo y un obstáculo, se crea un remolino, es decir, una forma organizada y constante y que se reconstituye sin cesar a si misma; la unión del flujo y del contraflujo produce esa forma organizada y que va a durar indefinidamente, en la medida en que el flujo dure y en que el obstáculo esté allí.”

²⁴ Morin, E. *Introducción al pensamiento complejo*. p.30-31,33,61,92, 106,107 y 137

5. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Pregunta Problema

¿Qué relación guardan entre sí y cómo se articulan y procesan las características intrapsíquicas que genera la proximidad a un evento suicida?

5.2. Hipótesis principal

La proximidad a un evento suicida genera un estado de afectación que perdura en el tiempo, se dificulta por sus cualidades estigmáticas y se caracteriza por el atravesamiento psíquico de cuestionamientos acerca del enigma sobre las causales del evento suicida, el legado que el acto determine y la participación o responsabilidad sobre el mismo.

Hipótesis de trabajo

- La proximidad a un evento de suicidio genera la aparición de signos y síntomas - propios de un estado de afectación-, que alteran significativamente la calidad de vida, distorsionan el procesamiento psíquico y aumentan la vulnerabilidad psíquica en el tiempo según la calidad de recursos psíquicos de que dispone un sujeto.
- La proximidad a un suicidio impacta y modifica el proyecto vital de los allegados.
- Un evento de suicidio distorsiona la relación subjetiva del allegado con la vida y la muerte emergiendo como una ruptura con el contrato social y colectivo y sobre los paradigmas culturales que la rijan.

5.3. Objetivos generales y específicos

Objetivo general

Estudiar en los allegados a un suicida los procesos psíquicos derivados luego del evento suicida, relacionando la situación previa con los cambios observables, el impacto en el

funcionamiento yoico y las representaciones individuales y colectivas que del acontecimiento surjan.

Objetivos específicos

- I) Analizar los procesos intrapsíquicos en los allegados luego de un evento suicida próximo a partir de las referencias que de ellos aporten los mismos y/o se observen a través de sus conductas.
- II) Describir los ejes conceptuales de la afectación por evento suicida próximo que delimitan el modo de procesamiento intrapsíquico de los allegados.
- III) Indagar la forma en que estos ejes se relacionan con el proceso de metabolización del evento.
- IV) Delimitar que fenómenos del modo de procesamiento intrapsíquico se derivan en los modos de vinculación con y del entorno social.

5.4. Situación Epistémica

Estrategia de Evaluación

De acuerdo al estatus epistémico-cognitivo de tesis, planteado por López Alonso (2006) la presente investigación se enmarca dentro de una “*Situación abierta de hipótesis Ad-Hoc*” (*Situación de problema 3*). “El modelaje teórico es insuficiente, y es necesario explorar un nuevo modelaje para datos que resultan contradictorios” (López Alonso, 2006, p. 55)

Las investigaciones actuales de afectación por suicidio, plantean modelos de concepción teórica y abordaje, que no permiten valorar adecuadamente el potencial disruptivo de un suicidio cercano, ni las coordenadas que lo configuran como tal. Con esta investigación, se propone ampliar el contexto de interpretación de estos eventos, a la luz de los conceptos metapsicológicos propuestos por el Modelo de Lo disruptivo. Este modelo permite repensar y conceptualizar los procesos intrapsíquicos, brindando instrumentos que permitan replantear el abordaje clínico. La abstracción y análisis de los ejes de la afectación (enigma, legado y participación) permite “ampliar el contexto de explicación y de comprensión del evento inesperado y contradictorio” (López Alonso, 2006, p. 55), a partir de un diseño de investigación que indaga profundamente las coordenadas singulares que atraviesan la afectación por suicidio.

Para el desarrollo de esta investigación, se empleó una *Estrategia de evaluación sistemática* ya que “contamos con un conocimiento de cuáles son las variables principales que vamos a evaluar y que estimamos como factores determinantes centrales relevantes a los objetivos de nuestra investigación” (López Alonso, 2006). Durante el transcurso de la investigación y de acuerdo al diseño metodológico pautado, surgirán nuevas variables a incluir.

➤ Estado de Afectación por Suicidio Consumado -EA

Partiendo de la idea de que un evento de suicidio consumado afecta a las personas allegadas al suicida o al evento mismo de suicidio, la tesista en coincidencia con lo elaborado en los trabajos clínicos, designa “afectación” a este estado provocado por la proximidad subjetiva a un evento de suicidio. Los “**ejes de la afectación**” constituirán las variables

principales a investigar. Estas han guiado la clínica de la tesista durante los últimos 15 años y surgieron durante el trabajo que se realizaba en el Centro de Atención al Familiar del Suicida de Buenos Aires en el período 2002/2004. A partir de los conceptos propuso Urdinola (2202)²⁵ la tesista fue ampliando su dimensión y desarrolló una articulación clínica y teórica de los mismos, los definió vinculados con la **cualidad del silencio** y estableció bases clínicas en articulación constante para la metabolización del evento de suicidio y los dispositivos clínicos con base psicodinámica. Estas variables constituyen una reelaboración y reinterpretación de fenómenos que fueron descriptos en el abordaje de la temática, ya por otros autores desde las primeras investigaciones (Schneidman, 1963) pero de un modo descriptivo y no articulado como aquí se sustentan.

Algunos conceptos utilizados en esta tesis fueron tomados de los sostenidos en la filosofía de Spinoza. Conceptos de afección, afecto (del que derivará “afectación”) serán puestos a consideración en un sentido amplio para su fundamento y aporte al modelo que se plantea.

Los “tres ejes de la afectación por suicidio” a indagar son –según la acepción que se ha tomado a tal efecto-:

Enigma:

Interrogantes que el allegado -al suicida y/o suicidio consumado- experimenta luego del acto y que no aparecieran antes del mismo. Estos interrogantes serán delimitados por todas las preguntas acerca del porqué del suicidio, las razones evidentes y no evidentes, las razones que impulsan al suicidio y los interrogantes sobre los actos humanos violentos y/o extremos que puedan conducir a la muerte autoinfligida o evidenciar el deseo de muerte.

Legado:

Acciones, ideas y/o sentimientos, conscientes e inconscientes, que el sujeto supone posibles y/o inevitables luego del evento de suicidio, tanto para sí como para otros. Presupuestos y/o creencias que los allegados, individual o colectivamente hayan construido como paradigmas a posteriori del evento suicida y en referencia a este.

²⁵ Afectación: concepto tomado de la filosofía de Spinoza.

Participación

Pensamientos –y su correlato emocional- respecto de la responsabilidad frente al acto suicida. Esta participación –también llamada “culpa” cuando se presenta de un modo masivo y unívoco- puede presentarse aglutinada en un solo punto (persona, grupo, etc.) o ampliada cuando se supone de varias personas, tendiente a resolver rápida y efectivamente el dilema por la diversidad de factores, la certidumbre sobre la verdad última y la necesidad de justicia y castigo. Se habla entonces de concentración de participación, siendo uno de los puntos más relevantes de metabolizar dado que puede precipitar a la acción en forma de violencia autoinfligida y/o violencia hacia el entorno en forma de agresiones físicas y/o psicológicas

Como fuera planteado con anterioridad el **silencio es una cualidad relevante del estado de afectación**, denota la situación estigmática que el suicidio tiene desde sus orígenes, enlaza y potencia los ejes de la afectación y obtura la posibilidad de reconstrucción de la trama significativa o procesual que permite a los sujetos incluir el acto como parte de su historicidad e incluso incorporar aquello que esa experiencia les permita para fortalecer sus recursos psíquicos.

Las tres variables han guiado el desarrollo de las sesiones cuyos recortes se toman aquí, y se tomaron en cuenta para el análisis de los datos empíricos.

Estudio de Campo

El Tipo de estudio que se llevó a cabo puede ser catalogado como:

- Según ámbito o dominio de investigación: se trata de un **estudio de campo** ya que se observa al objeto de estudio dentro del ámbito físico-natural o socio-cultural al que pertenecen. Dado que los recortes con propósitos investigativos fueron hechos post facto, al momento de realización de las entrevistas, el material no estuvo influenciado por los objetivos de esta tesis.

- Según la proyección y alcance epistemológico y cognitivo de su enfoque: el estudio realizado es **interpretativo**. Estos estudios “pueden darse en la situación 3 cuando adquieren un carácter y una finalidad revisionista o de resignificación científica de hechos o conceptos ya prefijados por otros enfoques, contextos o teorías específicas”. Es propósito de esta tesis, resignificar el fenómeno de la afectación por suicidio, a partir del modelo de Lo Disruptivo. De esta manera, será posible repensar y ampliar las categorías conceptuales desde las cuales pensar la postvención y los modos de abordaje en la clínica, los cuales hasta ahora han sido interpretados de forma limitada (ya explicado en el capítulo de Estado del arte).

Diseño de Investigación

De acuerdo a la clasificación propuesta por Asher (1976) el Tipo de Diseño es **pasivo observacional**.

El diseño de la investigación se enmarca dentro de los parámetros del modelo de Investigación Cualitativa Consensual -en inglés CQR-.

Esta tesis de investigación incluyó la evaluación de las narrativas en la muestra presentada hasta su saturación y la construcción de mediadores conceptuales que sostienen la hipótesis por el sistema de jurados.

Muestra de Investigación

El tipo de muestra es no representativa, obtenida a través de una técnica de muestreo **intencional** de acuerdo a la temática a investigar.

El **criterio de selección** de los casos es: de **accesibilidad** (personas que han estado en psicoterapia y/o consultas psicológicas con la tesista en intercambios durante por lo menos 3 años, entre el 2007 y el 2012), sosteniendo como criterio de inclusión determinante, la proximidad subjetiva de los investigados a un evento de suicidio.

La muestra está compuesta por 10 personas jóvenes y adultas de ambos sexos, que tuvieron en su acontecer vital experiencias próximas de suicidio de un allegado de diversidad vinculante (sanguíneas y no sanguíneas), cuyas edades oscilan entre los 18 y 48 años, residentes en la Argentina.

Su composición específica es:

- Según género: 4 hombres y 6 mujeres
- Según edad: adultos de entre 28 y 51 años
- Según nivel de instrucción: 1 primario, 6 secundarios/terciarios y 2 universitarios
- Según momento de recolección de muestra: recortes de sesiones realizadas durante los años 2007 a 2012. La distancia temporal en relación al evento de suicidio en cada allegado, es variable entre 2 meses hasta 20 años.
- Criterio de exclusión: personas menores de 18 años, personas que no hayan tenido experiencias próximas de suicidio, y personas con estructura psicótica.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Inicialmente, se recolectó material de registro escrito de sesiones individuales y grupales de personas allegadas a un evento de suicidio, ya que constituía material diferente que podía dar cuenta de la afectación.

Sin embargo, fue descartado ya que en muchos casos las personas habían asistido sólo a uno de los espacios, y por otro lado, al ser material de años pasados era difícil conseguir el consentimiento informado de todos los consultantes.

Por ello, finalmente se decidió emplear sólo el material de sesiones individuales de pacientes que habían estado en tratamiento psicológico con la tesista.

En aras de lograr una mayor rigurosidad metodológica, ofreciendo otro método de recolección de datos con el que contrastar, también se anexó la **Escala de Sucesos Vitales ESV** (Casullo, 1999), que fue aplicada a las mismas personas de quienes se obtuvieron los recortes de sesiones individuales.

a) Recortes de sesiones como unidades narrativas

Los recortes de sesiones han sido extraídos del material escrito recolectado a lo largo de años de consulta con la tesista. Dado la dificultad para el abordaje de la temática del suicidio en distintas instancias del proceso personal de los consultantes, el registro prolongado de las sesiones permite mostrar con mayor amplitud el desarrollo del proceso de afectación y desafectación o metabolizador.

Si bien las sesiones no son dirigidas, la tesista ha usado por años un modelo orientador de entrevistas que ha guiado la dirección de las mismas basado en una **readaptación propia del cuestionario incluido en la llamada Guía de Autopsia Psicológica** (Schneidman, 1994). Estas preguntas orientan el proceder del terapeuta con orientación psicoanalítica. Las preguntas incluidas en la guía abarcan el espectro multifactorial de relevamiento de la situación psicológica y social de la persona al momento del suicidio y el tiempo precedente. Es importante destacar que ante la ocurrencia de eventos suicidas los allegados, afectados o no, están conmovidos por la situación personal, la situación de otros próximos al hecho y la situación colectiva. Esto determina que las entrevistas estén enmarcadas en un contexto de alta contención y adaptada a los tiempos que cada una de las situaciones permitiera.

Guion orientativo de entrevista para afectados por suicidio

- Acerca del **estado de afectación**: La Afectación como estructura derivada de un evento próximo de suicidio consumado

*1er. Eje: Acerca del **impacto** del acto suicida*

1. ¿Que pensamientos o ideas tuvo cuando se enteró del suicidio?
2. ¿Qué sensaciones tuvo cuando se enteró del suicidio?
3. ¿Diría que el suicidio es un hecho difícil, muy difícil o en extremo difícil de superar?
4. ¿Qué importancia tuvieron las notas, cartas, comentarios y/o llamados telefónicos que el suicida realizó?
5. ¿Cree que este hecho influyó en alguna situación posterior de su vida?
6. ¿Cree que el hecho tuvo influencia en la vida de otras personas? ¿De qué manera?

*2do. Eje: Acerca de la **experiencia** del suicidio*

7. ¿Qué significó para Ud. pasar por una situación así?
8. ¿Ud. le da algún sentido al haber pasado por esta situación?
9. ¿Lo relaciona con otros temas de su historia personal?
10. ¿Y de la situación familiar?
11. ¿Cuánto tiempo cree que el episodio incidirá en su vida?

*3er. Eje: Acerca de la **continuidad** de las consecuencias*

12. ¿Cree que podrá estabilizarse emocionalmente luego de esto?
13. ¿Cambiará algo de su vida o de la vida de otros?
14. ¿Cuán importante será sentirse acompañado para recobrase?
15. ¿Ha pensado en alguna forma de apoyo? ¿Cuál?
¿Cree que necesitará alguien asistencia psicológica?

Guion orientativo de entrevista para afectados por suicidio

- Acerca del proceso de **afectación** - intento fallido de reconstrucción del psiquismo-.

*1er. Eje: Acerca del **enigma***

16. ¿Cuáles son las razones del suicidio?
17. ¿Cambian las explicaciones con el paso del tiempo?
18. ¿Alguna de las dudas sobre el suicidio que tiene se le repiten?
19. ¿Cree que preguntar hará que sepa la razón del suicidio?

*2do. Eje: Acerca del **legado***

20. ¿Cree que el suicidio definirá cambios en su vida? ¿Cuáles?
21. ¿Qué cree que sucederá luego del suicidio?
22. ¿Cree que es incorrecto hablar del suicida o del suicidio?
23. ¿Cree es más sencillo olvidar o recordar al suicida?
24. ¿Piensa que puede o se puede hablar del suicidio?
25. ¿Será criticado por los demás si habla del suicidio?
26. ¿Surgió algún interés a partir de este hecho?

*3er. Eje: Acerca de la **participación o responsabilidad** en el hecho*

27. ¿Cree que tiene alguna responsabilidad respecto del suicidio?
28. ¿Cree que alguien o algo tuvo responsabilidad en el suicidio?
29. ¿Supone que de averiguarse más sobre lo que pasó se sabrá quién tuvo responsabilidad del suicidio?
30. ¿Es necesario para Ud. determinar de quién fue la responsabilidad para seguir adelante con su vida?

b) Escala de Sucesos de Vida (adaptación Zukerfeld)

Se administró la ESV Escala de Sucesos Vitales (Casullo, Figueroa, Aszkenazy, 1999) con las modificaciones que aportan los cuatro criterios de evaluación establecidos en la investigación sobre tercera tópica y vulnerabilidad (Zukerfeld, R y Z.Zukerfeld, R, 2016, Pág.206) que refiere:

(...) la Escala de Sucesos Vitales (Casullo, Figueroa, Aszkenazy, 1999) que describe 49 estresores consensuados culturalmente y ofrece distintas modalidades de evaluación de acuerdo a las necesidades de la investigación. Presenta un listado donde el sujeto debe marcar si ha vivido alguno de los eventos y debe calificar si lo ha afectado nada (1), poco (2), algo (3), bastante (4) o mucho (5). Se puede estudiar la cronología de los sucesos traumáticos, la ocurrencia de los eventos, y el impacto emocional que surge del valor que es asignado por el mismo sujeto.

En función de las necesidades de nuestra investigación hemos diferenciado cuatro criterios de evaluación, caracterizando como suceso traumático (ST) al suceso vital que el sujeto califique con 3 o más puntos, que implica una atribución de significación personal.” (Zukerfeld, 2016)

En correspondencia con la investigación de esta tesis, las puntuaciones que de dicha escala se determinan relevantes para el valor estresor del evento serán significativas, aun cuando no se puntualice el motivo de muerte:

“Se puntúan no solo la cantidad de sucesos traumáticos (ST) con valores de 3 o más puntos que determinan una atribución de significación personal, sino también la suma de sucesos traumáticos (ST), el valor porcentual ST(P) de sucesos marcados por los sujetos como relevantes para la edad en más del 15/20% que junto a la intensidad o impacto traumático (IT) por la sumatoria de puntajes mayores a 3 confirmarían la presencia de vulnerabilidad psíquica determinando el coeficiente de impacto traumático (CIT) (Zukerfeld & Zukerfeld, 2016)

Síntesis de los datos contruidos a partir de las categorías (ejes) de observación

Somos quienes somos gracias a todo lo perdido

y a como nos hemos conducido frente a esas pérdidas.
E

Método Cualitativo Consensual (Consensual Qualitative Research – CQR)	
IMPACTO	<ul style="list-style-type: none"> * “Después de eso (el suicidio) todo se me vino abajo. No sabía que iba a hacer. Estaba mal, muy mal. No podía pensar en nada más que en eso.” R * “Jamás se me hubiera ocurrido que se fuera a matar. No me entraba en la cabeza cuando me dijeron. No entendía nada. Me puse como loco y todos estaba preocupados.” R. * “Siento que es un gran esfuerzo vivir hoy en día. A veces se me hace insoportable...medicada, psiquiatras, llantos, recuerdos horribles, miedo, culpa, esta parte de mi vida es horrible, creo que no merecía algo así.” E. * “Qué fuerte todo. Mi vida cambió para siempre.” E. * “No sé...no me acuerdo que estábamos hablando... ¿Qué estábamos hablando?...Ah...si...bueno...que difícil todo esto...me angustia todo.” M.a * “Fondo del vaso. Después cena con champán y sushi. Yo tomo menos que él (su novio) pero termino con lo que queda en la botella. Siento que lo tomo para sedarme, para relajarme. Tengo que hacer meditación, relajarme. Tengo los músculos rígidos.” M.a * “Dormir con una luz. Volverse mística. Tiene cábalas y creencias precisas, como también prohibiciones “que la ayudan a seguir.” M.a * “Jamás se me hubiera ocurrido que se fuera a matar. No me entraba en la cabeza cuando me dijeron. No entendía nada. Me puse como loco y todos estaba preocupados.” R. * “Bué, ahora todos saben cómo se hace para vivir bien, relajado (FLUIR) ahora todos creen en las recetas de la felicidad, ahora todos te dicen “ayy, viví en el presente continuo”, (con lo que te cuesta), te dicen “ayy, tenés que soltar” ahora son todos budas.”

	<p>MS</p> <p>* “En el medio del torbellino de ideas, del caos, del sinsentido”. “Yo no sabía dónde estaba parada. Todo dado vuelta” M.</p> <p>* “Era una locura pensar que los iba a dejar solos y que el suicidio fuera una solución. No puedo comprender ese pensamiento.” M.</p> <p>* “Quizás el enterarme a tres días de lo que pasó, que mi mamá cuando yo era chiquita lo había intentado y de igual manera, me produjo un shock que yo no me daba cuenta.” M.</p> <p>* “Fue un antes y un después.” M.</p> <p>* “Tuve durante mucho tiempo como una opresión en el pecho y ganas de llorar por todo, es más, lloraba por cualquier cosa y hablar sobre el tema me producía una profunda pena y no podía hacer más nada. Era como que me anulaba.” M.</p> <p>* “Estamos mal, muy mal. Papá estaba mal pero jamás hubiera pensado esto...y ¡de este modo! (a lo bonzo) ¡No puedo ni imaginármelo! ¡Qué me llamen para decirme que se estaba incendiando la casa...cuándo iba ya sabía que algo espantoso había pasado! Y cuando estábamos las tres ahí y la policía, y los bomberos. Estaba como <i>frezada</i>” B. Mi tío estaba muy mal cuando lo encontraron (sic) –confunde que hable en presente estando su padre fallecido. Fue el que reconoció el cuerpo y creo eso no se te quita más.” B.</p> <p>* “mi papá la tiene con que estoy muy inquieto y nervioso. Qué como estuve ahí, con la policía y los bomberos y leí la carta que dejó, que me comí todo solo toda esa tarde hasta que ellos llegaron. Escuché el ruido del tren (a dos cuadras) cuando leí la carta de mamá y pensé que algo tenía relación. No me preguntes porqué.” G.</p> <p>* “De pronto era como era él (hermano gemelo) y me corrió un escalofrío. Y además no lo veíamos casi nunca, solo un par de veces así que verlos juntos no era un recuerdo. Mi tío estaba muy mal cuando lo encontraron. Fue el que reconoció el cuerpo y creo eso no se te quita más.” B.</p>
--	---

	<p>* “Yo me acordé el día anterior pero es la 1era vez (al 2do año) que me pasa el día y me acuerdo después. Antes pensaba que jamás iba a poder pensarlo de otro modo.” B.</p> <p>* “Mi mamá está ahora un poco mejor pero estuvo muy mal.” J.</p> <p>* “Hace poco me salió prolactina demasiado alta, que le vamos a hacer...el ser humano es un animal muy complejo.” M.</p> <p>* “Me acostumbré a decir que se había muerto pero no por suicidio, de ahí en más si contestaba a alguna pregunta (precisa sobre la muerte) decía: se murió...y ahí terminaba todo, no se seguía hablando.” R.</p>
EXPERIENCIA	<p>* “No aguanto más la forma de ser (padre), es insoportable, no para, insiste, insiste, ya no doy más, me voy a ir a vivir a otro lado, no quiero que me pague el alquiler, aunque en realidad él tiene que pagarme lo que necesite, tiene toda la plata y no quiere dar nada, me importa un bledo que diga que me va a ayudar, ayudarme es que no me presione. ¿Por qué la gente cuando uno pasa por estas cosas te presiona más? No entiendo.” R.</p> <p>* “Esperar me mata. Puedo estar haciendo cualquier boludez pero si en determinados momentos pienso, es terrible. Quedarme sin nada...” M.a.</p> <p>* “Es horrible pasar por esto. No se lo deseo a nadie. Ni sé cómo voy a hacer para que no me duela tanto pero voy a tratar porque vivir con ese dolor fue lo peor que me pasó.” G.</p> <p>* “¡Creo que maduré tanto en todos estos años mirando para atrás! No sería el mismo si no hubiera pasado por esto. No me veía mal y sin embargo lo estaba.” G.</p> <p>* “¡Detesto profundamente a los que se las dan de espirituales y en realidad no hacen más que encerrarse en su mundo ilusorio y <i>cagarse</i> en el resto de las personas, que no están en su puto plano demostrándolo con su indiferencia, falta de empatía, falta de caridad y compromiso!. Los detesto, tibios, sinceramente me dan arcadas, tanto como los políticos, los bancos y la puta policía.” MS</p>

	<p>* “Te agradezco siempre que llamé (desde) el primer tiempo sobre todo, que estabas ahí, fines de semana, no sé. Yo te mandaba un mensaje si no había podido encontrar a mi terapeuta y vos encontrabas alguna manera de conversar. Esas charlas me sirvieron de mucho.” MS</p>
CONTINUIDAD	<p>* “El año que viene ya tengo otros proyectos que seguro van a andar. Mejorar la ciudad... ¿porque no solo de camionetas 4x4 está hecha la vida, viste?” J.</p> <p>* “No es solo el suicidio en sí, sino todo lo que viene después. Cómo quedas vos frente al mundo, que todo te parece una boludez.” E.</p> <p>* “Debe ser raro vivir los pensamientos de otra persona, en otro lugar, en otro tiempo... Como robarle a “la vida” un expediente paralizado...jeje... como los que desparalizó (el suicida)”. “Esto va a terminar con mi pareja, me dice mi hermano” M.a.</p> <p>* “Fobias con el humo y los aromas” M.a.</p> <p>* “Cuando esté bien de dinero, retomo (tratamiento) seguro.” M.a.</p> <p>* “Hace un tiempo ya que estoy mal, que el tema me viene dando vueltas en la cabeza y no es que fue hace poco, pero en vez de pensarlo menos lo pienso más.” G.</p> <p>* “¿Por qué mi abuela (materna) escondió esa historia? (...) Ahora entiendo por qué siempre tuvo esos costados tristes que nunca contaba.” G.</p> <p>* “Ahora estoy trabajando en un proyecto que me gratifica un montón. ¡Hasta me río! Antes vivía tenso todo el tiempo.” G.</p> <p>* “Descansando el León (ella misma) porque está muy agobiado. Igual sigue alerta, despierto, atento, recuperando fuerzas, lamiéndose las heridas para que cicatricen más rápido y así seguir caminando, para seguir luchando sus ganas de vivir tranquilo, con todos los habitantes y al mismo tiempo solo, sin que nadie lo moleste, porque en definitiva él es solo un ser que quiere ser y vivir en el mayor equilibrio posible.” MS</p> <p>* “Lo importante es tener claro que no queremos</p>

	<p>repetir la historia. Que si ponemos el dolor en palabras y podemos procesarlo, vamos a ser capaces de construir una historia de vida.” MS</p> <p>* “Estar con uno mismo. Suena fácil (¿?) pero es sumamente complejo. Muchas personas todo el tiempo tienen que estar con otras personas por el solo hecho de no poder “aguantarse” Aguantar sus propios pensamientos, su propio aburrimiento, su cero imaginación, su cero tranquilidad. Debo confesar que hace algún tiempo (yo) era algo así.” MS</p> <p>* “Con las sesiones iba superando este tema central y fueron apareciendo otros que no sabían que estaban, es impresionante como te va llevando y te abris y exterioricé lo que tenía adentro quizás desde hace mucho tiempo.” M.</p> <p>* “A mí me parece bien (escribir cosas sobre el suicidio en facebook) ... no sé... dicen que me va a hacer mal, que no escribo de otras cosas pero a mí me hace bien. Ellas (hermanas) a veces me ponen “me gusta” y otras no, pero a mí no me importa qué digan, para mí está bien.” B.</p> <p>* “Hay que esperar dos años para poder cremarlo, qué loco, ¿no? ¡Si está claro que se mató, porque revolver la cosa! ¡Es una tortura tanto tiempo!”</p> <p>* “Es la única de las cuatro que se muestra segura. No se siente así, dice que solo es se disciplinada y ordenada.” B.</p> <p>* “Estuve enojado muchísimo con ella, literalmente estaba furioso. No podía más con todo y encima teniendo mi hija tan chiquita.” G</p> <p>* “Está mal, dice que va a sacar un arma –que sabemos que tiene- y va a salir a dispararle a todos (abuelo esposo de la suicida). Jamás lo vi así. Tenía y tiene un pésimo carácter, pero violento no lo había visto nunca. Ni quiere saber nada de que le busquemos un hogar (de ancianos) para que no esté tan solo porque mi papá y mi hermano se van a trabajar temprano y no vuelven hasta la noche, pero no quiere.” G</p> <p>* “Nos pudimos quedar con las cartas porque las encontramos unos días después revolviendo y no se las dimos a la policía, buscando algo, creíamos que</p>
--	--

	<p>estaba con alguna enfermedad incurable o algo. Nada de eso. Era una depresión que no se notaba, solo molesto por la separación y apenas.” B.</p> <p>* “ella (madre) tendría que irse y disfrutar. Bueno, nosotras también pero creo que ella más. Se la puede criticar porqué es tajante a veces, pero no me va que le dijera que era la culpable de lo que le pasaba a él.” B.</p> <p>* “Ella (tía) decía que iba a ir a vivir ahí (casa paterna) pero nunca fue. Es más, todavía después de estos años sigue sin ir.” B.</p> <p>* “Yo me acordé el día anterior, pero es la 1era vez (al 2do año) que me pasa el día y me acuerdo después. Antes pensaba que jamás iba a poder pensarlo de otro modo.” B.</p> <p>* “¿Cómo puede ser que en tantos años (más de una década entre 1999 y 2009) no podamos hacer nada?” “Quiero que vengas a ver lo que avanzamos” J.</p> <p>* “Ahora estoy bien, tengo a mi esposo que me ama, mi hija que es la luz de nuestros ojos y un recuerdo de ella muy especial. Que lo haya superado no significa que no la recuerde, ni que la añore, sino que entendí que era algo que no estaba en nosotros.” M.</p>
ENIGMA	<p>* “Me puse como colgando (cómo si fuera un broche de la ropa) para sentir la soga. No pienso en matarme, ni creo que nunca lo fuera a hacer. Solo creo que es como que necesito saber que sintió (...) Mi mamá tenía en común con X. (suicida) que ninguno soportaba volverse viejo.” H.</p> <p>* “No sé dónde está, pero saber que está bien... Que ya no sufre. Le prendí unas velas a una fotito de él y al rato tuve que apagarlas”. E.</p> <p>* “Nunca pensé que podía ocurrir algo así” (a pesar de que X. hablaba de querer morirse) “Nunca creí que él era capaz ni que lo que sentía era como para llegar a hacer eso”. E.</p> <p>* “Él no quiso matarse. (...) Jamás pensé que fuera X. quien iba a llegar a eso. Era muy bueno, muy callado. Lo único que decía siempre era que teníamos que hacer las cosas bien.” E.</p> <p>* “¿Porque me dejaste? Yo iba a ayudarte hasta mi</p>

	<p>último día, amor. ¿Por qué no me pediste ayuda? Yo estaba con vos con todo mi ser, mi alma. ¡Eras y sos mi sol, qué tristeza!”. E.</p> <p>* “Si no hubiera estado alcoholizado puede ser que no se hubiera matado?” E.</p> <p>* “Nadie sabe que pasa después de la muerte, pero <u>yo creo</u> que él está bien porque ese dolor que lo llevó a eso ya no está más.” E.</p> <p>* “No es solo el suicidio en sí, sino todo lo que viene después. Cómo quedas vos frente al mundo, que todo te parece una boludez.” E.</p> <p>* “Yo no estoy muy distinta que él, me separé (de pareja de unos meses) y estaba muy mal y vivo en un departamento alquilado del que me quieren echar, vivo de lo que me pasa mi familia que es muy poco, a veces no puedo ir a la facultad o comer, pero sigo, me gustaba estudiar” Rs</p> <p>* “¿Para qué se vive si no es para estar bien? Y no es bien de comprar cosas como hace X. Es vivir con personas que se quiere, hacer lo que gusta...” Rs</p> <p>* “No entiendo cómo y por qué se (sic)...hizo lo que hizo, porque me quería mucho (congoja) así que menos...menos entiendo todo esto (...) Siempre decía que extrañaba su casa. Qué no se sentía del todo a gusto ahí, que no era su lugar.” G.</p> <p>* “¿¿Cómo pudo hacer eso?! ¿¿Lo quería tanto, y lo cuidaba tanto!!(...) “Para mi ellos no se suicidaron. Para mí el que se suicidó fue X. (hermano menor) Ellos eligieron eso, él no (...) “¿¿Tiene que haber otra razón, no estaba tan mal...era tan bueno!!” M.</p> <p>* “Mi mamá decía que mi viejo viajaba mucho, que no la atendía.” M.</p> <p>* “Necesito encontrar alguna explicación” G.</p> <p>* “(Nada angustiaba más que) quedarse sin esa parte de la historia.” G.</p> <p>* Se (le) impone una obsesión en paralelo (a las consultas), nunca tan fuerte como hasta ese tiempo: la de encontrar a su otro abuelo (“Quiero saber si me puede negar que es mi abuelo mirándome a la cara”) G.</p>
--	--

	<p>* “Me espanta que la gente piense en matarse (...) jamás lo hubiera pensado de (mi) madre que es muy cariñosa y comprensiva conmigo y mi hermano.” M.</p> <p>* “¿Por qué estaba tan mal? ¿Tanto como para matarse, no los había? Si pienso en la historia que pasaron no hay nada que fuera tan difícil. Me desespera.” M.</p> <p>* “Por qué lo hizo si nos tenía a nosotros, todos éramos muy compañeros, ella cuidaba de mi hijo y era muy amorosa. La queríamos muchísimo.” M.a.</p> <p>* “¿Es cierto que hay tantos chicos que se matan?” Habla de la serie que todos comentan: 13 reason why.” M.</p> <p>* “Ella está mal pero entendemos. Nos dejó una carta para nosotros y otra para ella en la que la carga como responsable.” B.</p> <p>* “Todo era silencio, casi comentarios así nomás. Ahora quisiera preguntarle todo.” B.</p> <p>* “A partir de ahí empezaron mi búsqueda de respuestas. Jamás podía pensar que ella no quería vivir.” G.</p> <p>* “Todos pensamos que mamá tenía alguna enfermedad que no nos había dicho, porque algo tenía que tener, no podía ser. Pero como fuimos a los médicos y nada, estaba sana, nos puso peor. No teníamos ninguna respuesta.” G</p> <p>* “Esto es vivir con la muerte y con la incógnita, el misterio.” “Después nacen las preguntas que nos tocan personalmente ¿sería yo capaz de matarme? ¿Por qué lo haría? ¿Por qué no lo haría? (...) Después me agarro de dónde puedo” G</p> <p>* “Nunca más le había escrito y jamás se supo nada de él.” “Era como si hubiera desaparecido de nuevo. La abuela todavía estaba en la casa y no quiso ni saber que hablaron. Debe de haber sido terrible para él (padre). Nunca contó nada.” B</p> <p>* “Estaban todas clasificadas prolijas, detalladas (fotos que nunca vio antes). Y salvo una foto o algunas de recién nacida (ella), ya después no sacó más.” B.</p> <p>* “Pasé por situaciones económicas serias pero ya estaba mejor, y mi hermanito (suicida) no vivió esas</p>
--	--

	<p>cosas, solo los mayores. Yo sé que cuando se es adolescente se pierde de vista enseguida lo que te hace bien. Lo sé por qué me pasó a los 17 que no quería ir a la Iglesia aunque mi madre es muy creyente y mi padre la acompaña en eso.” J.</p> <p>* “¿Es así que los chicos se matan porqué sí? Algo tiene que estar pasándoles, o algo nos pasa a nosotros que no podemos cuidarlos. Acá todos están como locos comprando camionetas porque el campo anda bien <i>de golpe</i> (repentinamente) y salen a comprar cosas y motos para los chicos y aunque son chicos buenísimos terminan mal, muy mal. Acá hay choques y si vos vieras no son pibes que no piensan pero están como desorientados.” J.</p> <p>* “Me acostumbré a decir que se había muerto pero no por suicidio, de ahí en más si contestaba a alguna pregunta (precisa sobre la muerte) decía: se murió...y ahí terminaba todo, no se seguía hablando.” R.</p>
LEGADO	<p>* “Si te matás, yo me mato atrás tuyo. No podría vivir con eso de que no queda nadie. Pienso. ¿En ocho años más quien va a seguir? ¿A quién le toca? M.a</p> <p>* “Mi mamá siempre insistía siempre en lo mismo. Que teníamos que buscar el bien y descartar el mal. Que había que orar mucho. M.a</p> <p>* “Solo puedo pensar que esto va a continuar...De acá a 20 años...”M.a</p> <p>* “No puedo ver sogas, las evito. Tenía que arreglar una soga del patio para colgar la ropa y la dejé varios días hasta que la puse. H.</p> <p>* “Hay algo que todavía me angustia. Como si tuviera que seguir estando alerta, no sé.” M.</p> <p>* “Todo el tiempo en todo estás presente, amor mío.” E.</p> <p>* “¿Qué carajo hice, hizo (sic) para merecer esto? Tengo pensamientos malos: que le estoy arruinando la vida a mi familia (sus padres y hermanos), que no quiero terminar como él, que me da miedo terminar como él, que no me quiero volver loca”. E.</p> <p>* “Amanecí con mucho dolor de cabeza. Pensando que en 4 días (aniversario) se pegaba un tiro y moría (...) Me acuerdo del 31 estar en el hospital internada sola</p>

	<p>en la habitación porque nadie podía entrar. Qué tristeza para todos tan grande. Hoy me siento triste. 29 dic: El último día de su vida. Recuerdo todo. 31 dic Estaba internada. Mi balance (¿) que traté y trato día a día sin presionarme. El salir adelante, aprender de todo lo que pasó. Poner el dolor en otro plano y recordarte de la mejor manera.” E.</p> <p>* “Creo que nunca voy a volver a enamorarme. Ya no hay hombres como él. Sus valores y su esencia eran impecables, extraño su nobleza”. E.</p> <p>* “Él no me dio la oportunidad de disfrutar del sol, del mar. Yo tengo que permitirme pensar que yo tengo derecho a disfrutar de las cosas bellas de esta vida.” E.</p> <p>* A veces pienso que estoy acá para honrar la vida. No sé... ¿Cómo pudo hacerlo? Se cagó y me cagó esta parte de mi vida. Estoy un poco bastante enojada con él por todo el sufrimiento que me toca vivir.” “Cuidar los instantes de felicidad, alegría, sonrisas, valorar todo más y más. Todo en un segundo se puede convertir en algo feo. Pasar por esto es muy doloroso, por mí, por él, por la vida misma. Perderse la vida que es un regalo bendito. Lo siento mucho por él que no está más acá para disfrutar todo lo que nos brinda la vida, lo lindo y lo feo. Lo lindo disfrutarlo, lo feo darle batalla hasta el final.” E.</p> <p>* “Meterme en la cabeza que él no va a volver nunca más (escrito con fibrón grueso)” E.</p> <p>* “Quiero estar con vos pero no quiero morirme aún...espérame.” E.</p> <p>* “Yo quiero cortar con eso pero me meto para adentro, me cuesta y esto me puso peor. Ya no puedo hacer nada. No voy a poder hacer nada. ¿Qué se puede hacer después de eso?</p> <p>* “Ahora esto...no tengo ganas de nada, no me deja ganas de nada, ahora solo queda aguantarse”. R.</p> <p>* “Me acostumbré a decir que se había muerto pero no por suicidio, de ahí en más si contestaba a alguna pregunta (precisa sobre la muerte) decía: se murió...y ahí terminaba todo, no se seguía hablando.” R.</p> <p>* “Parece que lo único que les importa (a las personas)</p>
--	---

	<p>es que estés bien y no jodas.” Rs</p> <p>* “Yo quiero cortar con eso (problemas crónicos) pero me meto para adentro, me cuesta y esto me puso peor. Ya no puedo hacer nada. No voy a poder hacer nada. ¡¿Qué se puede hacer después de eso?! ” R.</p> <p>* “(mi madre) no sabía si quería saber de su padre y (dice) que si le hacía mal lo que se enteraba ya no quería vivir más. De pronto me espanté de nuevo! ¡que mi vieja dijera que no quisiera vivir más...!!!” R.</p> <p>* “Si te matás, yo me mato. No podría vivir con eso de que no queda nadie. Pienso. ¿En ocho años más quien va a seguir? ¿A quién le toca?” (...) Siempre pensé que (el otro) un día iba a explotar.” M.</p> <p>* “(cuidar de todos) recordándoles esas cosas, por qué la gente no entiende.” M.</p> <p>* “No tratamientos a pesar de disponer de recursos económicos y buen nivel de instrucción. Solo consultas con una <i>orientadora espiritual</i>. No medicación, nada “antinatural” M.a</p> <p>* “Tomo medicación homeopática, es mejor que las pastillas, me hacen bien.” M.a</p> <p>* “Hablé con mi hermana de esto y ahora grandes ya quiero hacer algo más, no sé qué pero algo.” R.</p> <p>* “Creo que todas las mamás que amamos a nuestros hijos se preguntan si van a poder ser capaz de criar a mi (sus) hijo(s) sano(s) si yo era producto de una historia muy difícil.” MS</p> <p>* “¡Si! ¡Todos necesitamos amor! ¿Pero qué tipo de amor? ¿Qué tipo de amor hacés y que tipo de amor recibís? Tu amor, no es mi amor. Tu parámetro del amor no es el mismo que el mío absolutamente. Mi amor crece, madura, razona, se alimenta, tiene fe y esperanza. Mi amor ya no piensa en ser correspondido; eso no existe si es realmente amor, porque para mí el amor verdadero no espera nada a cambio, sino ya sería un trueque, más que amor. Mi amor fue maltratado, manoseado, traicionado, manipulado; mi amor estuvo loco, desesperado, desorientado, lastimado. Mi amor lloró. Y aunque suene demasiado dramático (no lo vivo así</p>
--	--

	<p>igualmente) mi amor se cayó (bien bajo) y de a poco se levanta, pidiendo ayuda, abrazando, besando, saliendo el sol, saliendo a brindarse nuevamente, dejándose amar. Mi amor aún cree.” MS</p> <p>* “Me preocupa el futuro, cuando entiendan más (los hijos).” M.</p> <p>* “Sacaba las cosas por el cuerpo porque no exteriorizaba nada, por algún lado tienen que salir y así es. Durante muchos años tuve unos dolores de cabeza que realmente me dejaban de cama.” M.</p> <p>* “¿Creo que pueden terminar matándose! Si mi papá dice algo inadecuado y mi mamá se enoja, si no se lo banca, no sé qué puede pasar con ella, tengo miedo, mucho miedo.” M.</p> <p>* “¿Cómo hacer para volver a estar tranquila? No puedo estar tranquila con nadie. ¡Ni se me hubiera pasado por la cabeza que ella podía matarse!” M.a.</p> <p>* “Quiero seguir igual porque yo me hago mucha mala sangre y eso no sirve. Desde siempre soy la única que no tiene mal carácter, todos los demás (de la familia) tienen mucho o menos. M.</p> <p>* “Ahora están mejor pero yo sé que tengo que seguir, hay algo que todavía me angustia. Como si tuviera que seguir estando alerta, no sé.” M.a.</p> <p>* “Tengo que hacerlo yo. Soy la que más tengo que ocuparme de cosas de la casa (que el padre hacía), de tener visto todo y saber que anda, prefiero no delegarles nada. Así estoy bien porque sé que se van a hacer.” B.</p> <p>* “A mi papá no le hubiera gustado estar ahí (nicho) así que en cuanto se pueda lo vamos a sacar. Horrible porque había que elegir el cajoncito, etc. etc. como si tuviéramos que pasar todo eso de nuevo.” B.</p> <p>* “Espero que alguna vez pueda hacerse algo. No me afecta que siga ahí (cenizas del padre) pero me llama la atención que nos dé igual que sobre la repisa haya adornos o eso.” B.</p> <p>* “¿Qué le voy a decir a mi hija de su abuela?” G</p> <p>* “Yo era así también, me acuerdo de chico que lo veía a mi abuelo ponerse loco y los demás estar muertos</p>
--	---

	<p>de miedo, yo también. Pero no decía nada, me callaba porque era peor.” G</p> <p>* “No quisiera pensar más en esto, no quiero que se centre en esto mis cosas (...) Pero reconozco que la terapia me hizo muy bien, ya no me angustio como al principio.” G</p> <p>* “no me gusta estar pensando sobre lo que pasa en la vida. Soy más alguien que va y hace. No sé si eso ayuda o es peor.” G.</p> <p>* “Tengo que hacerlo yo (ocuparse de cuidado de visitar tío de 90 años, tarea de la que se encargaba su padre antes del suicidio), con mis hermanas no se lleva bien y las critica, etc. cosa que entiendo hace que ellas ni quieran verlo. Pero alguien tiene que hacerlo.” B.</p> <p>* “Ya me ocupo de muchas cosas, podrían ir ellas pero no quieren y mamá está mal, dice que prefiere esperar, que no sabe. No sé qué tiene que saber si entiende que ya estábamos de acuerdo, que él quería que hiciéramos eso.” B.</p> <p>* “Yo quiero hacer algo. No podemos quedarnos con los brazos cruzados. Ya golpeamos puertas, pero aunque sé que me escuchan después no concretan nada. Recién ahora después de estos años es que parece que aceptan que vengan a capacitar a las maestras o al hospital (equipo de salud local).” J.</p> <p>* “Quiero ayudar a otros...pero sé que primero me tengo que ayudar a mí y a mis padres.” J.</p> <p>* “Esa parte me la debo, ver lo que logramos. Sé que falta mucho porque los chicos siguen mal pero no voy a aflojar.” J.</p> <p>* “Ahora estoy con mucho miedo. Ella está desmejorada y desganada. El problema es que no le habla (a su padre por una supuesta infidelidad) y yo creo que ahora ella o él, cualquiera de los dos, puede hacer algo...no sé...me tiene muy mal la situación.” M.</p> <p>* “Ojalá se enganche porque está todo el tiempo con el tema de la situación con él...que no lo banca más, que la tiene cansada... y a mí eso me preocupa.” M.</p>
--	---

PARTICIPACIÓN	<p>* “Te voy a dibujar lo que veo, me da un poco de miedo hacerlo pero lo voy a hacer de todos modos (dibuja triángulos vacíos confluyendo en sus vértices en los que hay un punto relleno, similares a “ojos” en una rueda encerrados en dos rectángulos superpuestos) Lo veo en blanco y negro...Me mira condenándome, poniéndome en tela de juicio. Acá está lo de que me siento culpable (sic) ¿NO? ¡No es broma, me acabo de dar cuenta...! R.</p> <p>* “Cómo que no puedo hacer nada. Cómo que no puedo hacer nada con lo que pasó (...) No puedo ponerme pilas. Solo estoy bien cuando estoy con L. (novio) o H. (hermano). M.</p> <p>* “Me mortifica tu pesar, todo el dolor que tenías...para llegar a hacer eso. ¡Por qué no confiaste en mí, amor? Hubiera hecho lo imposible y te hubiera acompañado en todo como siempre” E.</p> <p>* Tengo que estar tranquila. Le di todo mi amor y mi apoyo. Hice lo que supe, lo que pude.” E.</p> <p>* “Necesito no sentir ni un segundo más de culpa. Necesito que me hable en los sueños. No sé si eso existe, pero necesito saber que está bien...o solo está muerto y ya. Ojalá no hubiera estado ahí, es muy difícil ese momento en mi vida.” E.</p> <p>* “No me estoy sintiendo muy bien. A veces pienso que si muero no me importa.” E.</p> <p>* “Vuelvo a dormir en mi cama porque necesitaban el colchón. El colchón volvió ya a mi pieza. Igual sigo durmiendo en mi cama. (X. dormía en el colchón cuando estaban en esa casa). Lo guardo bajo mi camita.” E.</p> <p>* “Ya no tengo miedo. Pensé: Supe lo que es el miedo. En un segundo supe, viví, sentí lo que es el miedo, la desesperación, la locura, nada, nada, se asemeja a lo que pasé. Difícilmente la gente pueda entender como vivo hoy.” E.</p> <p>* “Estoy haciendo (hoy me doy cuenta) lo que inconscientemente le pedía a M. que haga para verlo bien y que viva mejor Pero bueno.” E.</p> <p>* Ahora estoy “bajoneada” (triste), pienso en porqué no lo ayudé. Podía haberle ayudado aunque sea a</p>
---------------	--

	<p>pensar que hacer. Pero no me di cuenta que estaba tan mal. No decía nada y yo no me di cuenta.” R.</p> <p>* “En otros momentos “nos daba decretos” que teníamos que cumplir para estar mejor.” M.</p> <p>* “Me siento como un pajarito que quería ser libre. “No puede ser que tenga esa capacidad de hacer cosas y no me largue” M.</p> <p>* “Yo me quedé sin poder abrazarlo. Él no me dejó (angustia) Seguro que era por cómo estaba. Pienso que debe ser horrible la imagen. Pienso que él se tuvo que aguantar esa imagen de mi hermano.” M.</p> <p>* “Este es MI RIO: venía nadando bien, con dificultades pero yendo siempre para adelante. De repente se cruza otro rio, y su agua no está clama. Saco los remos (ya no uso mis brazos) para afrontar la turbulencia del cruce de ambos ríos. El rio que se me cruzó NO es mi rio, por el que yo venía nadando. Ese rio que se interceptó es temporario. Ya pasará la fuerte correntada y TODO (mi todo) de a poco seguirá acomodándose, guardaré los remos para otro cruce y yo seguiré nadando y nadando. Pregunté: ¿Cuál es la conclusión de todo esto? Ella contestó: TU VIDA, QUE ES LO QUE QUERES, QUE APRENDISTE Y QUE APRENDERAS DE TU RIO.” MS</p> <p>* Ella (su madre) está mal pero entendemos. Nos dejó una carta para nosotros y otra para ella en la que la carga como responsable.” B.</p> <p>* “Quiero hacer algo. (...) Hace unas semanas llamé a xxx para ver si daban cursos de operadores telefónicos para ayudar. Siempre subo al Facebook cosas o frases que ayudan porque sé que otros pueden estar pasando por lo que pasé y está bueno. “A mí nadie me dijo nada ni me alertó. Ni se me pasaba por la cabeza y ahora sé que se puede ayudar y que no pase.” B.</p> <p>* “Ella está tan conmocionada como cuando fue el suicidio y había que accionar corriendo. Era como si todo pasara de nuevo. Me sentí horrible.” B.</p> <p>* “La culpa, la culpa es un pensamiento recurrente: por qué no me di cuenta, por qué no le presté más</p>
--	---

	<p>atención. Al principio pensé que algo había pasado con mi papá, que habría cosas con él, que no estaban bien. Después me di cuenta que nada que ver, pero hizo falta que pasara el tiempo.” G</p> <p>* “No creo que lo aguante nadie.” G</p>
SILENCIO	<p>* “El secreto en todo sentido fue más perjudicial que cualquier otra cosa”. R.</p> <p>* “Nada le alteraba más que “quedarse sin esa parte de la historia.” R.</p> <p>* “Acuerdo en que hay que des-ocultar el tema pero me parece que la cuestión es como volver a generar lazos sociales cuando la realidad nos muestra que hay una verdad que muchos no quieren escuchar o a la que tal vez le temen.” MS.</p> <p>* “La gente se espanta cuando escucha la palabra suicidio.” E.</p> <p>* “En vez de pensarlo menos lo pienso más.” R.</p> <p>* “¡Esa gente que está alrededor y lo único que hacen es hablar sin saber, hacer sin sentir y vivir porque la vida les sigue dando chance...FACKIU!!!” E.</p> <p>* “Bien al despertar. Mal cuando volví (...) Me hace mal ver a gente en mi casa.” E.</p> <p>* “Algo aprendí de todo esto, a pedir ayuda. No lo hago siempre, pero muchas más veces que antes y siempre encuentro a alguien dispuesto.” HdB.</p> <p>* “Preguntame vos. Yo no quiero hablar de esto”. R.</p> <p>* ¿Quién va a hablar?, nadie de mis amigos quiere hablar, todos están re mal” Rs.</p> <p>* Yo no quiero estar sedada. Ninguno habló, me escuchaban y nada, y como yo no hablaba mucho enseguida me dijo que me iba a medicar. ¿Qué pasa que nadie quiere hablar? Rs.</p> <p>* “En cuanto pasó que me vine abajo (el padre) volvió con lo mismo...qué porqué no estudiaba como antes, que me tenía que poner las pilas, qué era una vaga porque no había trabajado nunca (camarera y asistente habían sido trabajos ocasionales pero le permitían seguir estudios) Si yo estudio está todo bien con X (solo lo llama por el nombre de pila), no</p>

	<p>le importa cómo me siento.” Rs.</p> <p>* “Venir me hizo bien. No sé por qué, pero me hizo bien. En realidad si sé, era muda salvo con mi tía que hablaba un poco de todo, de la vida.” Rs</p> <p>* “Mi hermano tiene sus quilombos, no puedo hablar de esto.” Rs.</p> <p>* “Es el único lugar donde puedo hablar de esto, ¿dónde puede hablarse de esto?” M.</p> <p>* “Ya no me miraban como antes, era como si de pronto fuera un monstruo, algo desagradable de lo que había que salir corriendo” “De pronto me miraban con compasión, les daba pena” “Era como si ya no fuera como ellos, era de una especie diferente” M.</p> <p>* “Nadie me registraba. En la oficina era como si hubiera desaparecido” MS.</p> <p>* “Alguno de los que se llamaban mis amigos tuvieron expresiones muy fuertes de afecto que se diluyeron en el tiempo. Nunca más me llamaron por teléfono y cada vez que las veo (por trabajo) solamente preguntan: <i>¿cómo andás?</i>, en el tono más natural, como si nada hubiera pasado. Mi respuesta dejó de ser la verdad de lo que realmente pasaba. De ahora en más “Estoy bárbaro”, porque las veces que intenté compartir lo único que encontré fueron gente que se creía “experta” MS.</p> <p>* “Tengo un tema denso y no lo voy a hablar con cualquiera (...) No quería hablar con nadie. Me tomó muchísimo tiempo encontrar un lugar donde me sintiera cómodo.” R.</p> <p>* “No quiero ver que va a pasar después, me falta tiempo, no quiero pensar en eso.” G</p> <p>* “¡Justo yo que hablo hasta por los codos no puedo hablar acá de esto! Si me cuesta hablar acá, ¿dónde voy a hablar tan abiertamente?” G.</p> <p>* “La gente con la que quiero estar es (sic) la que han sabido acompañarme desde la escucha y la presencia, que me han prestado “la oreja” sin juzgarme.” MS</p> <p>* “Es un poco raro hablar de estos temas (...) Fue mi esposo que me llevó a ver a N. Me llevó de <i>prepo</i></p>
--	--

	<p>(sin opciones de decir “no”) porque yo no quería saber nada. La primera sesión que fui no pude hablar, estuve casi 40 minutos llorando, cada vez que me la nombraba era una congoja que me superaba. Y así fue un par de visitas. Cada vez que tenía que ir me molestaba, es más, se lo dije a N. que yo no quería ir, de lo cual hoy agradezco haber ido.” M.</p> <p>* “Yo me acordé el día anterior pero es la 1era vez (al 2do año) que me pasa el día y me acuerdo después. Antes pensaba que jamás iba a poder pensarlo de otro modo.” B.</p> <p>* “El silencio a pesar de que lo hablamos no deja de estar todo el tiempo. “ G</p> <p>* “mejor porque él habla más, bueno, yo también no soy tan de saltar enseguida ahora. Lo entendí y me sale así. “ G</p> <p>* “Mi hermana dice que él le daba ideas para filmaciones o hablaban de la luz para algunas tomas. Pero todo era silencio, casi comentarios así nomás. Ahora quisiera preguntarle todo.” B.</p> <p>* “¡Justo yo que hablo hasta por los codos no puedo hablar acá de esto! Si me cuesta hablar acá, ¿dónde voy a hablar tan abiertamente?” R.</p>
--	--

Este dispositivo de intersección de la narrativa personal con la puntuación que de la magnitud del vivenciar intrapsíquico los entrevistados refieran permite abordar la magnitud y propiedades del impacto altamente disruptivo del evento suicida. Además se posibilita la vinculación de las vivencias intrapsíquicas con el registro que del entorno psicosocial tenían cada uno de los mismos y construir las características propias de la afectación por suicidio, incluyendo los cambios registrados por los entrevistados en el colectivo social en el que se insertan.

6. RESULTADOS

*“No te estás fijando bien.
Está lleno de aperturas, pero no las ves”
(del film “Laberinto”)*

*“Ese mundo no existe, hay que crearlo, como el fénix.”
J. Cortázar*

6.1. Conceptos previos

De los resultados obtenidos en esta investigación se detallará primero el valor del impacto de lo fáctico en el psiquismo, sus implicancias en la calidad de vida de los sujetos, sus referencias a los cambios acontecidos en lo somático, la imagen de sí mismo y la imagen frente al entorno.

Luego se detallarán las categorías –clínica y de significación- que fueron tomadas para delimitar las experiencias de los sujetos y articularlas con los ejes psicodinámicos de la afectación por suicidio propuestos en esta tesis.

El **impacto del evento suicida** produce en los allegados la inmediata búsqueda de recursos psíquicos eficaces para responder y afrontar el dilema en el que el suicidio como acto los coloca.

Las alteraciones aparecen en distintos tiempos y de diferentes modos, según la singularidad de cada uno:

1. **En el cuerpo**, como sensaciones físicas dispersas y/o un vivenciar de fragmentación -donde el cuerpo se evidencia más en sus partes que como un todo integrado-. Suelen referirse a sí mismos como “moviéndose en un espacio extraño y ajeno”, sin ligaduras ni referencias espaciales, con límites imprecisos y variadas formas de disminución de los registros pulsionales.

2. **En la imagen propia**, bajo la forma de una distorsión ocasional de la imagen corporal -ampliada, disminuida, expandida o contraída, que se equilibra y estabiliza según la aparición y/o fortalecimiento de recursos intrapsíquicos eficaces de adaptación a cada situación.

3. **Y en la imagen ante los otros**, puesta de manifiesto en la reiterada aparición de formas variadas de lo que podría ser llamado *vivenciar de invisibilidad*. “nadie me registraba”, “en la oficina era como si hubiera desaparecido”, “en la facultad me metían en los grupos de trabajos prácticos pero distantes. Desde que supieron, no sabía en qué lugar me tenían”, de pronto me miraban con compasión, les daba pena, era como si ya no fuera como ellos, era de una especie diferente”, ya no me miraban como antes, era como si de pronto fuera un monstruo, algo desagradable de lo que había que salir corriendo”, son frases repetidas por los allegados. Y la posición recurrente de complemento como recurso inmediato de evitación era del tipo: “me acostumbré a decir que se había muerto pero no por suicidio”, “de ahí en más si contestaba a alguna pregunta (precisa sobre la muerte) decía: “se murió... y ahí terminaba todo, no se seguía hablando” en un intento fallido de no exclusión o de inclusión forzada –por ocultamiento de la verdad. Ninguno de los entrevistados refirió ausencia de signos de alteración de la imagen corporal, algunos en forma inmediata y otros diferida en el tiempo, pero presente en algún momento y siempre ligadas al hecho suicida, ya sea al evocarlo o ser evocado por otros.

La no-nominación en la que queda el suicida a partir de su acto no bordeado con significantes, no delimitado por la palabra porque de él no se habla y nada se sabe, hace también, en consonancia, una no-nominación *indirecta* para los afectados. A esta circunstancia particular se la designará como *vivencia de invisibilidad*.

François Doltó toma palabras de San Agustín cuando afirma que los muertos son seres invisibles, no ausentes. Nos proponemos revisar los intersticios que el estatuto de “invisible” tiene para los afectados y en esta línea ¿se podrá situar en paralelo la cuestión del *enigma del suicidio* en continuidad con los que Colette Soler llamara *significación enigmática y colmo de sentido*?

Si el suicidio, más aun que del suicida en tanto sujeto, empuja a la no-nominación, a la invisibilidad, a la verdad-toda, a la culpa generalizada, al empuje mortífero de la sanción social, a la perpetuidad de prohibición de gozar, será cuestión de revisar las derivaciones que del suicidio acontezcan y destituirlo, sacarlo, del lugar *holofraseado* en el que queda (y quedan los sujetos allegados al mismo)

Decía Ariés que *“se equivoca por completo quien identificara la huida ante la muerte con una indiferencia hacia los muertos. En realidad, lo que de verdad ocurre es al revés.”*(Ariés, 1977) Ginette Rimbault, reconocida psicoanalista francesa corrobora diciendo que en occidente predomina frente a la muerte una “voluntad de ignorancia”. (Rimbault, 1975) Y como dice Heidegger *“nadie puede tomarle a otro su morir” (...)* *“cada uno se escuda con un saber superficial (...)* y *“mientras el muriente hace su propia muerte, los que lo acompañan hacen la muerte ajena”*. (Heidegger, 1926)

6.2. Caso por caso

Entre las cuestiones inherentes al impacto que el evento suicida imprime en los allegados está aquella que tiene referencia a la forma de anoticiarse del evento suicida. Los entrevistados refirieron alteración significativa por la exposición al evento suicida –en presencia del evento suicida o de la escena del suicidio- (casos HdB, E., B., M.a.) o por la manera en que fueron informados del hecho (casos R. y Rs.)

Ninguno de los entrevistados refirió que las cualidades de la situación en que se enteraron del suicidio resultaron inocuas. Si las cualidades implicaron una exposición violenta -por presencia o por la forma de ser notificados- se producía, consecuentemente, el debilitamiento de los recursos psíquicos para obstaculizar y/o impedir una *idea intrusiva de muerte* de forma instantánea.

Un análisis cualitativo del discurso de los pacientes de la muestra permite inferir que la dimensión de la relación preexistente establecida con el suicida constituye una variable significativa en relación a la dimensión del impacto psíquico pero que no necesariamente en una relación lineal. Este impacto parecería estar determinado más por el monto de apego con el suicida que con el lazo vinculante. Es decir, será mayor el impacto cuanto mayor sean los sentimientos respecto del suicidado. Si bien las características de la muestra son limitadas de acuerdo al objetivo de esta investigación, en los casos analizados se observa que la valoración subjetiva previa que el allegado hacía del lazo afectivo con el suicida, prima por sobre la relación de lazo consanguíneo. Es entonces que si el lazo afectivo se veía revestido de la cualidad de referente o modelo de identificación, el impacto del suicidio sería mayor, y las alteraciones emocionales que se desprendieran del mismo, aumentadas. (caso M.)

En el caso de los progenitores y/o figuras sustitutas, la situación de modelo y/o referente parece estar delimitada más por el lugar simbólico que por el apego hacia este. Se evidencia en todos los casos que era esperable para el allegado que el suicida hubiera cumplido con los deberes inherentes a la función simbólica como cuidador. Al suicidarse renunciaba a dichos deberes generando una ambivalencia afectiva entre la necesidad de cuidado y la reiteración del desamparo (casos: M.a., M., B. y G.) Las referencias, quejas repetidas y señalamientos discursivos la imposibilidad de ocupar en el futuro un lugar como cuidador/a, hacía del suicidio una marca indeleble para el desempeño como padres, referentes,

etc. Fue esta una de las razones que se presentaban como típicas (8 de 10 casos) precipitando el surgimiento de emociones negativas de furia y/o violencia desplazadas de la persona del suicida a otros referentes, incluido ellos mismos.

Si además existían otros eventos de suicidio y/o intentos de suicidio en la familia y/o comunidad, el incremento resulta exponencial e impide o demora la metabolización del hecho. Esta sumatoria de eventos de suicidio en el colectivo social próximo se remite a una transferencia de las coordenadas adjudicadas a la persona del suicida, en especial si se trata de un adulto y/o un referente social.

Mucho se ha adjudicado sobre los factores hereditarios en la reduplicación de eventos de suicidio en un grupo familiar y su origen en el “efecto contagio” o identificadorio. Sin embargo, es menester preguntarse si esta adjudicación de valores heredables se vio transferida desde un modelo biológico que encuadra las causales de lo psicopatológico casi exclusivamente a los factores heredables, disminuyendo la importancia del valor de los modelos psicológicos y/o las derivaciones de los cuidados en la primera infancia que se vieran alterados por ineficacia, impericia y/o eventos patógenos coincidentes en ese período clave de la conformación del psiquismo.

Los objetivos específicos se corresponden con dimensiones y categorías inherentes al planteo del problema. Es posible avanzar en su profundización en tanto y en cuanto se considere dichos ejes no como elementos fijos y aislados sino como complementarios.

De este modo las dimensiones adquieren cualidades respecto de las categorías a las que se remitan, ampliando el horizonte de análisis y ubicando la problemática en un grado de coherencia que permite delimitar y complementarse por igual.

En las entrevistas se ponen de manifiesto dos dimensiones:

I. Dimensión Clínica

II. Dimensión de Significación

Cada una de ellas está integrada por categorías u observables de las producciones emergentes dentro del marco terapéutico y que sirven de ejemplificación de lo registrado en el transcurso del abordaje con sujetos próximos a un evento suicida.

Las dimensiones se manifiestan explícita o implícitamente, haciendo ardua la tarea de comprender el impacto psíquico y social del suicidio en cada uno de los sujetos, y obligando al observador a agudizar su posición de escucha atenta.

En cada una de las dimensiones se encuentran categorías que pueden articularse una a otra, haciendo del espectro inicial caótico de elementos descriptivos, un conglomerado organizado.

6.3. Dimensión Clínica (DC)

La dimensión clínica o descriptiva corresponde a lo observable en los relatos de los sujetos, en sus expresiones gestuales y posturales, en los cambios que refiera de su historia y las resonancias emocionales que considere permitientes relacionadas al acto suicida próximo, en los estados de ánimo atribuidos al impacto del hecho para sí o para terceros, en el malestar físico y/o psicoemocional que relacione con el evento y en la multiplicidad de conductas vinculadas a la situación.

Deberán considerarse asimismo las coordenadas que los sujetos establezcan como cruciales al instante mismo del evento de suicidio próximo como marca establecida por el acto, generadora de estados psíquicos directamente relacionados con el hecho.

La DC será precisa si las evidencias aportadas a partir de la clínica del caso por caso muestran una coincidencia en el espectro más amplio posible de diversidad (edad, género, situación socioeconómica, lugar de residencia, etc.) dando con sus apreciaciones sobre lo acontecido una corroboración propia de los sujetos impactados por el acto.

Las categorías que surgen en la dimensión clínica van desde los recursos de afrontamiento del evento a través de mecanismos de defensa eficaces, hasta las “fracturas” en el proceso de metabolización por la persistencia de mecanismos de defensa repetitivos y/o ineficaces para el Yo que dan lugar a síntomas, dejan fijas las coordenadas para continuar el proceso vital y deteriora la calidad de vida del/los sujeto/s.

El evento suicida impacta de forma tal que, como en otros acontecimientos extremos donde la vida-muerte se juegue, posiciona a los espectadores en un universo no calculado. El suicidio próximo instala una brecha en el espectador –tanto sea testigo presencial del hecho o no- pues remite a una muerte no natural, a la búsqueda “por mano propia”, a la muerte como deseo, a aquella que cae por fuera del marco del ideario de vida.

El suicidio ubica a cada uno de los espectadores en *lo imposible de decir*, de compartir, de pensar. Es una respuesta cerrada, no pasible de diálogo. Remite al no-encuentro o al desencuentro entre los sujetos implicados en el acto mismo como entre estos y el resto del colectivo social, estableciéndose una trama fragmentada y mortífera.

Dentro de la DC encontramos distintas categorías, a saber:

Modos Defensivos (o de afrontamiento) que consideran todos los recursos que los afectados hayan experimentado a posteriori del acto y que, eficaces o ineficaces, se presenten como un intento por resolver las consecuencias del mismo.

Ya sea que el sujeto se encuentre impactado mínimamente por el acto suicida, no deja de presentar algunos de los mecanismos defensivos con cierta tendencia a la repetición del mismo, eligiendo -inconscientemente- su “modo” peculiar.

Es así que se encuentra quienes recurren a defensas:

- a. Represivas: guardar para sí sentimientos adversos o displacenteros
- b. Proyectivas: atribuir emociones o vivencias displacenteras a otros del entorno. (“Yo estoy bien, el que estaba mal era mi hermano porque el día anterior se habían peleado”, B.)
- c. Regresivas: retorno a un funcionamiento mental de nivel anterior. (“No podía ocuparme de nada, dejé de hacer todo lo que hacía y solo me quedaba en la cama o pensando en la nada”, M.)
- d. Racionalizantes: Encontrar una explicación plausible para sí y para otros (“Alguien tenía que *ponerse las pilas* y seguir adelante, todos estaban mal y yo podía bancarme la situación”, R.)
- e. Por desplazamiento: Derivando las emociones y conductas hacia otros objetos catectizados (“Me terminaba peleando con mi hermano por boludeces”, J.) (“Como no podía explotar en casa porque todo era muy duro, me irritaba con los colegas del colegio”, H.)

O la aparición de defensas más primitivas:

- f. de Negación: Tratamiento del suicidio como inexistente. (“estaba todo bien, así era mejor porque dejó de sufrir”, L.) (“La gente que se suicida tiene derecho a hacerlo”, M.S.)
- g. de Aislamiento: Separación de los recuerdos y/o tono afectivo relativos al sujeto suicidado. (“Está bien, eso era lo que quería, nada importa”, HdB.)

- h. Disociativas: Puestas en evidencia en el olvido de referencias directas con el acto suicida y/o el suicida. (“¿No entiendo como pude olvidarme de la fecha!?”, R.) (“El otro día me encontré pasando por la puerta de su casa y me puse mal. No podía parar la desesperación” E.) (“Cuando él hizo lo que hizo”, HdB.)
- i. con Formación Reactiva: construyendo un estilo de vida donde el *continuum* de experiencias agradables se vuelve evidentes y constantes (“solo pienso en vivir la vida lo mejor que pueda”) (“Estoy bien, muy bien” M.a.)

6.4. Dimensión de Significación (DS)

*“Soy mucho más de lo que quisieron hacer de mí”.
A.*

*“Afirmar que mi destino no está ligado al tuyo es como decir:
tu lado del bote se está hundiendo.”
Hugh Downs*

En esta dimensión (DS) establecemos cuatro categorías: silencio, legado, enigma y participación. Ellas determinan las coordenadas que se presentan en los afectados y delimitan el campo exploratorio e ítems precisos que simultánea o sucesivamente se presentan en cada sujeto, como en lo colectivo, desde el grupo familiar hasta la comunidad, estableciendo paradigmas mortíferos que retornan impidiendo o debilitando una historicidad basada en lo vital.

- A. La cuestión del silencio
- B. La cuestión del legado
- C. La cuestión del enigma
- D. La cuestión de la participación

La cuestión del silencio

*“El culpable no es otro que el silencio”
Valerie Toreg Cuong*

Tal como afirma Alizade (Alizade, 1995) en sus trabajos de investigación en cuidados paliativos con pacientes terminales, la cuestión de una “marca” no es algo azaroso, opcional ni evitable cuando se habla de la muerte. Se coincide en que “toda vida implica necesariamente toparse con las marcas de ser mortal. Por tales entiendo situaciones que aproximan vertiginosamente al sujeto la idea de su finitud a través de experiencias o vivencias directas que lo ponen en contacto con su estado (...) de ser perecedero. (...) Estas marcas graban en el psiquismo improntas de ser mortal (que) se ejecutan sobre la propia carne. Un

lugar, una función del cuerpo son señalados con la muerte. Marcan una localización de pérdida”.

Para una mejor comprensión se organizará la *cuestión del silencio*²⁶ bajo tres enfoques que, aun delimitados, se interrelacionan, potenciándose mutuamente y forzando a los allegados a la continuidad *muda* sobre el tema.

Estas formas en que el silencio se evidencia determinan y/o obturan la metabolización del evento y puján hacia la reproducción de mecanismos de defensa ineficaces para la reconstrucción de lazos de sostén necesarios que se hubieren visto dañados.

La aparición de tres tipos de silencio: colectivo, grupal y personal, hacen comprensible la potenciación del aislamiento visualizado insistentemente en todas las situaciones posteriores al acontecer suicida.

a) Silencio Social: El tabú como mandato colectivo

*La forma en que una sociedad maneja sus
políticas y procedimientos de castigo es el
verdadero punto de inflexión que determina si esa
sociedad es decente o no.
AVISHAI MARGALIT
Institute for Advanced Study-Princeton*

El suicidio es uno de los actos humanos en el que la búsqueda de respuestas compartidas se detiene en el mismo momento de sucedido el hecho, con escasa posibilidad de intervención posterior o algún acceso a nuevos modos del saber, salvo parece, los que impliquen la exhibición de la cosa obscena como modo de “mantener a raya” y alejado de la comunidad un acto execrable en lo evidente, pero doloroso en lo privado.

“Los silencios, “lo callado”, (son) la clave para determinar las motivaciones profundas que se debaten en las personas, que se presentan en forma sutil y que no resuenan estruendosamente al interlocutor salvo que esté advertido de las maniobras del

²⁶ Concepto incluido por Diana Altavilla desde las 1eras Jornadas de Prevención del Suicidio de la Universidad Nacional de Luján - Chivilcoy- Prov. de Buenos Aires, 2002.

psiquismo: callar lo relevante y vergonzante, mostrar lo insignificante y cotidiano. Se muestra lo que puede mostrarse, el resto oculto que mueve los hilos de la vida de un sujeto es silenciado a pesar, incluso, de tener intención de no hacerlo.”²⁷

Nadie habla del suicidio como de otras muertes ni parece merecer la atención solidaria de los que acostumbran lidiar con el dolor: los profesionales de la salud. No parece merecer compasión quien juega con la idea de muerte porque la vida le resulta insoportable. Pero peor aún, no parece merecer compasión aquellos que se vieron marcados en su vida por un acto suicida cercano.

Un suicida tiene familiares y amigos. También tiene vecinos y compañeros de trabajo. Tiene personas a quienes les compra su comida, sus ropas, quien le dice “Buen día” por las mañanas o lo ve pasar cada tarde. Quien le enseña o lo cura. Tiene en esos sujetos que lo rodean un lazo social que lo amarra o no, a la vida, pero que si establece coordenadas que le dicen de un lugar en el mundo o a quienes les ofrece un lugar donde mirarse a sí mismos. ¿Dónde quedan estos sujetos cuando un suicidio ocurre? ¿Qué les dice de su lugar en el mundo a aquellos que estando cerca ven “salirse” a uno que suponían ocupando un cierto espacio social? ¿Qué hacen con ese lugar cuando el suicida se resta y el espacio queda vacante por decisión ajena?

Como la autora refiere en trabajos anteriores a esta tesis “el suicida instala una brecha para el sujeto cercano al acto. Brecha que se reduplica en lo social y determina casi como una constante, la dificultad para una historicidad posible con el semejante.”(Altavilla, 2010)

Sigue sosteniendo que “la contemporaneidad empuja a la instantaneidad, la inmediatez, la negación de sentidos, la unificación de la mirada, la globalización de las experiencias. El mundo contemporáneo le dice *No* a la interrupción, al detenerse ante un hecho importante, imposibilita la realización de ritos necesarios al sujeto y a la cultura.”

Si los rituales son prácticamente anulados en el mundo contemporáneo, más aún lo son aquellos que resultan “molestos” y que obligan a los individuos a preguntarse y responderse según su escala de valores, sus creencias y su sentir. El mundo contemporáneo “no puede

²⁷ Altavilla, Diana. Secretos ocultos. Lo que el cine nos enseña del suicidio de un hijo. en Lo disruptivo en el cine: ensayos ético psicoanalíticos – Benyakar, Moty; Michel Fariña, Juan Jorge (comp.) 1ª ed – Buenos Aires – Letra Viva, 2014. P.101

detenerse” y es por tanto que imprime una sólida barrera a la posibilidad de rearmado de significaciones entre los sujetos, fragmentando aún más el entramado en el que estos se alojan.” (Altavilla, 2010)

Solo algunos los actos humanos caen bajo la sanción jurídica en el mundo occidental. El suicidio es uno de estos, cuando, olvidado de la sanción jurídica de origen, se lo destina a un espacio denigrado, cautivo, desplazado, que favorece la exclusión o expulsión en alguna de sus formas, como por ej. la condena jurídica a los suicidas que recaía en sus descendientes en tiempos del Imperio Romano.

b) Silencio Grupal: la verdad oculta

El silencio instalado en lo grupal –“lo callado”, “lo no dicho”) se diferencia del silencio en lo colectivo. Está referido a los pequeños grupos, familiares o no familiares (ámbitos escolares, laborales y sociales), en los que se produce el suicidio de alguno de sus integrantes o de alguien vinculado directamente con alguno de ellos.

Desde dos dimensiones diferentes estos silencios tienen puntos donde convergen pues delatan un monto emocional dificultoso que interrumpe la continuidad de los lazos preexistentes tal como eran antes del evento suicida.

Reconocen una verdad, la del suicidio, pero limitan el acceso al intercambio con justificaciones y argumentos que no alcanzan pero que si evidencian y remarcan más aún su presencia. A partir del evento suicida los grupos familiares eluden, velan o encubren el acto suicida, haciéndolo consistente.

El silencio en los grupos es evidente incluso en aquellos que han sabido reconocer lo patológico de su continuidad, registrando explícitamente incluso, que silenciar el dolor o el horror empuja a los más vulnerables a un punto mortífero o de *suspense en vida*.

Estas situaciones se hacen claramente explícitas en los grupos integrados por profesionales de la salud, personal docente y personal de emergencias –bomberos, policía, etc. Todos ellos reconocen ante su requerimiento preciso, que se ven impulsados a sostener taxativamente la mudez sobre el suicidio. El compartir el resto de los temas parece estar

conservado, pero el círculo que rodea el tema del suicidio los deja limitados y circunscriptos en sus genuinos lazos de colaboración.

El psicoanálisis marca el valor que tiene para la emergencia del sujeto el escuchar-escucharse-ser escuchado en función de poder resignificar algo de lo tanático. Tres pasos necesarios para desatar al sujeto de la imposición de los mandatos y relanzarlo hacia una posición subjetiva que permita hacer algo más allá de lo mortífero.

Patrick Guyomard, psicoanalista de la Universidad de París VIII, fundador junto a Maud y Octave Mannoni del Centro de Formación e Investigaciones Psicoanalíticas de Francia introduce la cuestión de *lo trágico* y la posición del analista, y permite repensar las cuestiones inherentes al trabajo con familiares.

“Deseo y castración no son idénticos. Se dice que no hay deseo sin castración. En efecto. Inversamente la castración funda el deseo; así como el padre real reconcilia al sujeto con la Ley, cosa que no logra el padre del superyo ni el de la omnipotencia imaginaria.” (Guyomard, 1997) “Si la necesidad, que debe pasar por la demanda lleva en sí un imperativo vital (es decir, su no satisfacción es mortal), el deseo, en el campo del sujeto obedece a la misma condición: si no es “satisfecho”, el sujeto muere como “sujeto del deseo.”

Este último es el que el suicidio instala en los sujetos.

El suicidio, acto de corte abrupto que inmoviliza y precipita, a su vez, a otra sucesión de cortes en los lazos. Tanto en los extrafamiliares como en los intrafamiliares se establece un “pacto de silencio” respecto del hecho, todas situaciones que conducen a forjar una sucesión de barreras que fragmentan la trama social.

El silencio sobre el acto es una de las particularidades principales. Este silencio sobre el acto fragmenta el entramado social/familiar y arroja al sujeto a un no-lugar en el que queda instalado.

Es en sí mismo, el suicida, quien instala inicialmente la idea primordial de silencio cuando, a partir de su acto coloca un modo peculiar de respuesta. Ya no habrá palabras luego del suicidio. No hará quejas ni reproches, ni pedidos ni demandas, solo habrá silencio, pero un

silencio que defino como *mudez*. Un silencio que se abrirá a conjeturas, pero que conservará su modo peculiar de imposición al otro

El silencio grupal familiar, es un círculo que limita y condena, imposibilitados de compartir lo suyo, sancionándose las pocas posibilidades de organizar un diálogo fecundo sobre ese trecho de la historia en común. Es ésta imposición, un forzamiento para los afectados

Siguiendo a Žižek se plantea las peculiaridades con relación al estatuto que lo Real tiene cuando retorna. Introducir una explicación respecto del por qué los imperativos de la vida postmoderna favorecen la dificultad para mantener los límites a los requerimientos de lo pulsional. Y dice: “...Una pulsión es precisamente una demanda no atrapada en la dialéctica del deseo, una demanda que se resiste a la dialectización. (...) La pulsión persiste en una demanda segura, es una insistencia “mecánica” que no puede ser apresada” (Žizek, 2002)

Introducir la dialectización, permitiendo el intercambio de los modos en que cada integrante de un grupo había sido tomado por el acto interrumpe dicha obturación y hace que cada sujeto que participa de la experiencia se ubique de otro modo que aquel en que el acto suicida lo posicionó. Escuchar permitió operar sobre el rechazo, el silencio y la desestimación de los efectos del mismo. Escuchar permitió la apertura a escucharse, sobre algo que obturaba el diálogo y sobreimprimía desolación e impotencia, enojo e incompreensión y la continua experiencia de un exceso que no se sabe poner en palabras.

c) Silencio Personal: La mudez

*“Los lugares apartados existen para decir cosas
que en otro sitio carecen de sentido
Juan Villoro*

Comprender algunas de las significaciones que la cuestión del silencio, presente en los allegados al suicida tiene desde la perspectiva del psicoanálisis, implica tomarse desde un inicio, de uno de los casos emblemáticos de Freud: el caso Dora.

Dora no puede hablar y Freud recuerda “haber visto y oído en la clínica de Charcot que en las personas con mutismo histérico, el escribir (das Schreiben) sobrevenía en

reemplazo (*vicarieerend*) del hablar (*das Sprechen*)”. La interrupción de la función oral puede traducirse como un llamado al otro faltante.

“Tengo todas las cosas para decir pero ya me saqué lo que tenía en la cabeza a esta libreta. Tal vez ayude a dormir.” E. (escrito en una hoja de papel)

Si la función fonológica está directamente relacionada con la respiratoria, podría preguntarse ¿cuál es la relación entre la imposición del silencio determinada por el tabú del suicidio, la muerte inherente e inminente y el empuje hacia la función escópica sobre el tema, determinando razones que quedan enigmáticas luego del evento suicida. Esta suplencia funcional de un órgano que flaquea por otro que se encarga de su tarea. Ese momento – *Augenblick*- donde lo callado aparece en un instante, en la mirada. Mirada que se evidencia en la búsqueda –y el rechazo a la vez- de algo que permita ir más allá de lo que aparece: el suicidio, el suicida. De esto lo social y lo mediático dan cuenta.

“Del ojo a su puesta en acto por la mirada hay sin duda, si puede decirse así, un momento oscuro y vertiginoso en el cual “localizaríamos” gustosos el objeto de la mirada, a la vez evanescente y activo.” (Assoun, 1997)

Será necesario entonces que esa articulación bascule y retorne a la voz cada vez que sea posible, no solo como forma de romper con el silencio y lo silenciado sino como paso –al modo de pasaje- al trabajo elaborativo, metabolizador y en el que cada sujeto se encuentre.

En el transcurso del trabajo clínico individual y colectivo con afectados por suicidio (más que en otros acontecimientos disruptivos), *el ir y venir de la voz al papel* –cuadernillo, pared, muro, graffitti, bandera, tatuaje, etc., se revela pedido recurrente y apropiado, hace las coordenadas de enlace entre afecto y representación del afecto, quedando en aquellas más públicas, aquellas a *ser miradas*, como registro de un interior –lo intrapsíquico- que se comparte –con el entorno-, o se declama –al discurso del conjunto.

“Te voy a dibujar lo que veo, me da un poco de miedo hacerlo pero lo voy a hacer de todos modos.” R.

“No hay fenómeno acústico -sigue Assoun-, en definitiva, sin un elemento generador (el aire), un órgano transformador (la laringe) y un resonador (el tubo adicional

faríngeo), y por fin un impulso sonoro. (...) El objeto sonoro, producto terminado de esta mecánica, se caracteriza, según se sabe, por tres elementos: el timbre, la altura y la intensidad. (Assoun, 1997)”

En correspondencia, se puede interrogar sobre la función del “grito” que, como expresión devaluada a su vertiente violenta, impiden reformularla hacia instancias que delimiten su uso en la versión de descarga y de invocación al otro faltante.

“¡Justo yo que hablo hasta por los codos no puedo hablar acá de esto! Si me cuesta hablar acá, ¿dónde voy a hablar tan abiertamente?” R.

“Esperar me mata”, dice. “Puedo estar haciendo cualquier boludez pero si en determinados momentos pienso, es terrible. Quedarme sin nada...” M.a.

Esperar mata. Es el silencio instalado el que, tabú mediante, pone las coordenadas de lo mortífero en juego.

“Estar con uno mismo. Suena fácil (¿) pero es sumamente complejo. Muchas personas todo el tiempo tienen que estar con otras personas por el solo hecho de no poder aguantarse. Aguantar sus propios pensamientos, su propio aburrimiento, su cero imaginación, su cero tranquilidad. Debo confesar que hace algún tiempo era algo así. No me daba cuenta porque elegía estar con gente con la que no me sentía identificada o con la que confrontaba mucho (creo que eso era lo que hacía al vínculo interesante) Después aprendí (aprendo) que todo/todos es efímero, que las personas se van, que los instantes son solo instantes y que la felicidad es subjetiva en cada cual.” M.S.

El silencio personal o subjetivo, es aquel que se produce en el interior del sujeto empujándolo a evitar las ideas relativas al suicida y/o los hechos, situaciones y lugares que rodearon el acto, pero sin que suela reconocer a otros o a sí mismo la naturaleza de sus inquietudes. No querer relacionar sus representaciones o actos con el hecho, aunque retornen insistentemente bajo diferentes formas.

Cualquiera de los silencios puede evidenciar alguna forma de fractura, pero suele ser vuelto a cristalizar por los efectos de los otros. Como en una espiral donde se enlazan, el

silencio colectivo, el grupal y el subjetivo se potencian y reproducen una forma de encierro inclusive para aquellos que buscan e intentan un espacio -con otros- que los contenga.

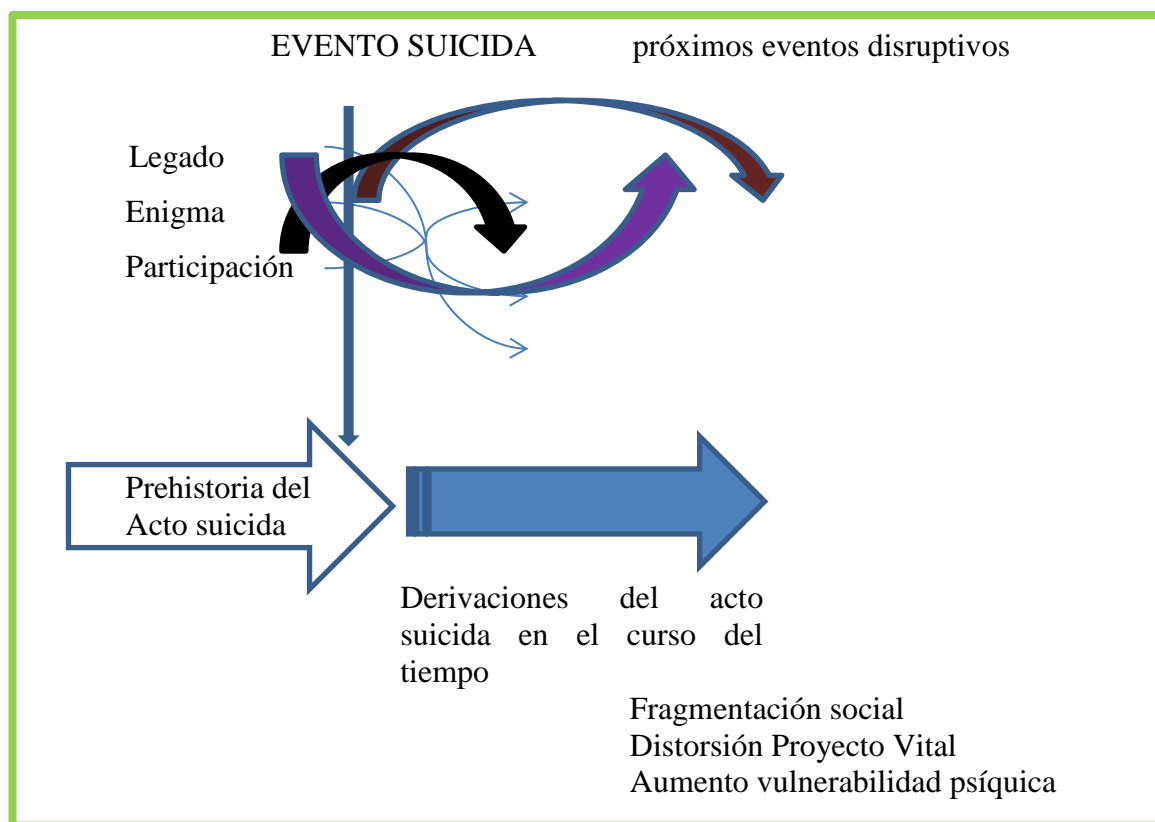
Es decir, cuando a un sujeto se le presenta la necesidad de compartir con otros lo acontecido, lo social o grupal/familiar ejerce una fuerza en contrario que lo lleva a retroceder en el intento y viceversa.

“Alguno de los que se llamaban mis amigos tuvieron expresiones muy fuertes de afecto que se diluyeron en el tiempo. Nunca más me llamaron por teléfono y cada vez que las veo (por trabajo) solamente preguntan: ¿cómo andás?, en el tono más natural, como si nada hubiera pasado. Mi respuesta dejó de ser la verdad de lo que realmente pasaba. De ahora en más “Estoy bárbaro”, porque las veces que intenté compartir lo único que encontré fueron gente que se creía “experta” MS.

Como los tres ejes de silencio, los ejes de la afectación –legado, enigma y participación-, se articulan dinámicamente.

Se pasará a detallar lo que de ellos se evidencia en el trabajo con afectados por suicidio.

Articulación de los tres conceptos en interrelación dinámica. Modelo articulado: el aporte conceptual



El enigma aparece desde el acto, previamente no se evidencian interrogantes acerca del porqué del suicidio. La participación y el legado vienen desde la prehistoria del evento suicida y se resignifican a partir del mismo.

Etimología de los conceptos utilizados como ejes de trabajo:

Legado²⁸

Del lat. *legātum*.

1. m. Disposición legalmente formalizada que de un bien o de una parte del conjunto de sus bienes hace el testador a favor de alguien y que debe ser respetada por el heredero o herederos.

²⁸ Enigma, legado y participación: términos tomados de la filosofía por el Lic. Roberto Urdinola en las primeras investigaciones del 2002 sobre afectación por suicidio.

2. m. Aquello que se deja o transmite a los sucesores, sea cosa material o inmaterial.

Enigma

Del lat. *aenigma*, y este del gr. αἴνιγμα *aínigma*.

1. m. Enunciado de sentido artificiosamente encubierto para que sea difícil de entender o interpretar.

2. m. Realidad, suceso o comportamiento que no se alcanzan a comprender, o que difícilmente pueden entenderse o interpretarse.

Participación

Del lat. *participatio*, -ōnis.

1. f. Acción y efecto de participar.

2. f. Aviso, parte o noticia que se da a alguien.

3. f. Parte que se juega en un número de lotería.

4. f. Billeto en que consta.

5. f. Econ. Parte que se posee en el capital de un negocio o de una empresa.

6. f. desus. comunicación (trato entre personas).

a) La cuestión del Legado

Legado²⁹

Del lat. *legātum*.

1. m. Disposición legalmente formalizada que de un bien o de una parte del conjunto de sus bienes hace el testador a favor de alguien y que debe ser respetada por el heredero o herederos.

²⁹ Enigma, legado y participación: términos tomados de la filosofía por el Lic. Roberto Urdinola en las primeras investigaciones del 2002 sobre afectación por suicidio.

Se tomará para esta aproximación del concepto de **legado**³⁰ porque permite delimitar tanto las coordenadas del vivenciar subjetivo del afectado por suicidio como el conjunto de las marcas y/o mandatos sociales, implícitos en su mayoría e indiscutibles, revelados por y en los discursos de los afectados por suicidio.

En el trabajo psicoanalítico, netamente individual, que se favorece con el diálogo simultáneo, anterior o posterior en grupos psicoterapéuticos se evidencian especialmente la marginación social, como también el enojo y la impotencia por la segregación a la que se ven expuestos. Todas estas son experiencias comunes en los relatos de los allegados a suicidas, pero facilita la posibilidad de reconocerse frente a la vivencia de estigmatización generalizada sin distinción de ningún orden.

El primer legado que suele surgir es el mandato preciso de apartamiento, distancia y segregación. Los allegados a suicidas revelan en sus comentarios y reflexiones el dolor intenso por ver reduplicado el dolor vivido por la experiencia instantánea de ajenidad con el resto de los, hasta ese momento, pares mundanos.

“Ya no me miraban como antes, era como si de pronto fuera un monstruo, algo desagradable de lo que había que salir corriendo” “De pronto me miraban con compasión, les daba pena” “Era como si ya no fuera como ellos, era de una especie diferente” M.

Los *encuentros grupales*³¹ entre afectados por suicidio son inicialmente percibidos como aliviadores al dejar de ser “parias” sociales marcados por el suicidio y rechazados por la cultura, y luego por saberse reconocidos como emergentes de un acto que de natural no tiene nada.

Estos encuentros se contrastaban con las experiencias en grupos de duelo en los que alguno de ellos había transitado, en esas experiencias en grupos de ayuda mutua –con el encuadre del modelo de Schneidman de *grupo de sobrevivientes*³²

³¹ Encuentros psicoterapéuticos con encuadre psicodinámico realizados en el CAFS entre 2002 y 2015.

³² OMS.

El psicoanálisis nos anticipa la importancia que para la vida de un sujeto tiene el conocimiento o desconocimiento de los hechos acaecidos, en especial, aquellos que anudan la propia historia o la historia familiar. Y, si con relación a los hechos, algunos por su especial devenir, producen en el imaginario social el rechazo y el horror, coincidimos en suponer que su necesaria ubicación en el entramado significativo sea por lo demás accidentada y desarticuladora. Es imperioso para un sujeto, y más si éste sujeto es niño o adolescente, llegar a realizar una construcción de los hechos reales que de alguna manera signan su vida. La muerte es uno de ellos. Y el suicidio, una manera peculiar de morir.

Si en simultáneo con el impacto que el evento suicida determina en los allegados, se ven estos en la situación de *lidiar* con la marca y los determinantes sociales que el acto suicida impone, será sumamente arduo el trabajo metabolizador de los elementos disruptivos dado que a los presentes por el acto se suman otros.

La trilogía que componen: tabú, culpa y silencio son posibilidades para “echar alguna luz” en la temática respecto del enigma, el legado y la participación en los afectados por suicidio.

En 1913, Freud escribe en “Tótem y Tabú”³³ que...

”los fines del tabú (en un grupo social) son diversos pero designan las tres nociones siguientes: a) el carácter sagrado (o impuro) de personas u objetos, b) la (...) prohibición que de éste carácter emana y c) la (...) impurificación resultante de la violación del mismo. Agrega que “para nosotros designa dos significaciones paralelas: la de lo sagrado y la de lo inquietante, peligroso, prohibido o impuro. En polinesio, lo contrario de tabú es *noa*, o lo accesible a todo el mundo. Existen tabú permanentes y tabú temporales. Los sacerdotes y los jefes, así como los muertos y todo lo que con ellos se relaciona, pertenecen a la primera clase. Es decir, a los permanentes. Freud aclara lo importante más adelante cuando sostiene que “...se trata de una serie de limitaciones a las que se someten los pueblos (...) ignorando sus razones y sin preocuparse siquiera de investigarlas, pero considerándolas como cosa natural y convencidos de que su violación les atraería los peores castigos.”

³³ Freud, S. (1913) Totem y Tabú . II Ensayo. Pto 2.

Continúa realizando un paralelismo entre éstas posiciones y las prohibiciones obsesivas arrojando cierta luz sobre el problema del suicidio pues en ambas la prohibición “central y principal” es la de *ponerse en contacto*. Es así que se establece un verdadero “*delire de toucher*” ó *delirio de contacto*.

¿Por qué se sostiene citar el tabú con relación a los afectados por suicidio? Porque ellos representan una de las formas más acabadas donde el tabú se hace presente, vía dos posibilidades: la de ser en sí mismos objetos tabú en el seno de lo social, y la de padecer y sostener en su historia un acto constante de presentificación del tabú, considerando al suicida, al suicida respecto del cual han sido afectados, como tabú, y guardando en su vida respecto del asunto en cuestión un hermético silencio.

“Tengo un tema denso y no lo voy a hablar con cualquiera (...) No quería hablar con nadie. Me tomó muchísimo tiempo encontrar un lugar donde me sintiera cómodo.” R.

En esta investigación –como en otras consultas de allegados- se presenta generalizadamente de forma singularidad la constante de prohibición de referencia al suicida.

“El hombre que ha infringido un tabú se hace tabú a su vez, porque posee la facultad peligrosa de incitar a los demás a seguir su ejemplo. Resulta, pues, realmente contagioso, por cuanto dicho ejemplo impulsa a la imitación, y, por tanto, debe ser evitado a su vez.”³⁴

Si los pueblos antiguos ofrecían sacrificios como modos de reconciliación frente a la posibilidad de una trasgresión y al temor al tabú, ¿cuáles son los sacrificios que en la modernidad los sujetos tienen que pagar para “sentirse en paz”.

En los afectados se hace presente la situación de **encarnar un silencio**, en la convicción que de esa manera alguna resolución vaya a advenir, ocurra, pagando con su sufrimiento un destino incierto.

Sigue Freud, “Uno de los tabú más singulares entre los que se refieren al luto, consiste en la prohibición de pronunciar el nombre del muerto.”

³⁴ Idem.

Entre la multiplicidad de pueblos primitivos que observan dicha restricción, Freud cita a los *massai* de África, que coinciden en una estructura comunitaria piramidal donde los hombres dirigen y gobiernan, y las mujeres un rol fijo de procreación y cuidado.

Los afectados/allegados a un suicidio –o la cultura piramidal donde se inserten, suelen desarrollar la habilidad particular de “cambiar” el modo de llamar al difunto inmediatamente después del hecho, con el objeto de poder citarlo sin temor. Este “tabú nominal” se extiende a todo lo que rodea al muerto obstaculizando así cualquier conocimiento de su historia. Parece claro que el suicidio, como en toda ausencia *tabú*, hace necesario poner el recuerdo “a distancia”. Un lugar donde no contamine. Nombrar y hacer presente el horror son sinónimos.

En los relatos se evidencia insistentemente bajo la forma de interrupciones discursivas o repeticiones de una jerga particular y compartida, estableciendo una manera de designar al faltante. No obstante, lo que podría interpretarse como una forma de discreción o respeto desemboca en un “rebusque” gramatical que distorsiona lo que se intenta designar y revelan un motivo inconsciente bajo el ocultamiento. La suspensión del nombre del muerto o el estatuto de su causa –el suicidio- bajo cualquiera de sus derivados: suicidio, suicida, suicidarse, etc. son velados, estableciéndose variadas formas de justificación respecto de su falta. No pueden nombrar al suicida por el nombre y se apoyan en referencias anexas: “él”, “ella” o una continuidad gramatical donde, precisamente, el “sujeto” de la oración no se presenta. Esta no-presencia hace más presente al suicida, como una falta imposible de bordear o circunscribir con la palabra.

Sigue Freud,

“...se enfurecen contra *el extranjero sin escrúpulos* que, pronunciando el nombre del muerto, lo hace surgir entre los vivos.” “... Análogas en sus rasgos esenciales son las restricciones tabú a que se hallan sujetas las personas cuyo contacto con el muerto debe comprenderse en el sentido figurado de la palabra; esto es, los familiares del difunto”, y más adelante, al explicar los motivos primitivos refiere “... la intención de mantener alejado el espíritu del muerto (...) pues suponen que el espíritu no se separa de sus familiares supervivientes y continúa flotando durante un período”.

El analista tendrá que tomar un lugar, o sigue el curso del tabú y se incluye entre los psicoterapeutas que no se interrogan ni preguntan por el evento de suicidio aun cuando hasta se hable del mismo en lenguaje cifrado.

Psicoterapias donde el suicidio o los suicidas son rápidamente evacuados de la escena analítica o terapéutica por temor. Temor al castigo de quedar como aquel al que “se le mató un paciente” o de ser uno de los que “no hizo nada porque nada se puede hacer con un suicida”, se encuentra la dimensión más amplia del rechazo desde el mismo ámbito de la salud, donde debiera estar presente más que nunca.

El tabú ha nacido en el terreno de una ambivalencia afectiva y la hostilidad presente en cada vínculo, de la que no se quiere saber nada, desemboca en un insistente modo de conjurar, vía el silencio, la agresividad y los deseos rechazados hacia el suicida.

Legado de silencio, apartamiento, estigma, marca social, diferencias, son algunos de los mandatos que el suicidio como acto impone y determina de allí en más.

El suicidio es un *atalaje* a la desventura de la pérdida. La carga extra que el legado delimita permite un acceso al trabajo de comprensión y desarticulación de estigmas luego del evento suicida.

b) El enigma: La pregunta por el porqué del suicidio.

Enigma³⁵

Del lat. *aenigma*, y este del gr. *αἴνιγμα aínigma*.

1. m. Enunciado de sentido artificiosamente encubierto para que sea difícil de entender o interpretar.

2. m. Realidad, suceso o comportamiento que no se alcanzan a comprender, o que difícilmente pueden entenderse o interpretarse.

³⁵ Enigma, legado y participación: términos tomados de la filosofía por el Lic. Roberto Urdinola en las primeras investigaciones del 2002 sobre afectación por suicidio.

Los sujetos allegados a un suicida experimentan luego del acontecimiento una fuerte inclinación a buscar las explicaciones posibles no solo al acto suicida del allegado sino también a las razones que determinarían cualquier otro acto suicida. Tanto de manera comunicacional o como interrogante interno a develar, suelen reconocer que se ven impulsados por la pregunta sobre el *porqué* del/los suicidios.

“Del ojo a su puesta en acto por la mirada hay sin duda, si puede decirse así, un momento oscuro y vertiginoso en el cual “localizaríamos” gustosos el objeto de la mirada, a la vez evanescente y activo”³⁶.

La cuestión del estigma es un componente presente en varias situaciones individuales o grupales desde la mirada de lo colectivo. La cuestión del estigma es un componente que va variando de lugar y de época, pero que tiene coordenadas precisas como lo son el desapego ejercido por el colectivo social, y el aislamiento concomitante por aquellos sujetos y/o grupos estigmatizados.

Hay individuos y/o grupos que son estigmatizados. Ambos, individuos y/o grupos pueden ser vistos de manera negativa por el resto de la comunidad y las razones para serlo son producto de la cultura imperante. Los estigmas van cambiando, pero por ello tal vez, la consideración de cambiar el paradigma imperante de segregación de los allegados a un suicida, debería considerarse, dado ser una de las razones que incrementan el desapego, fuente del lazo social y de pertenencia.

Debe agregarse a esto la auto-estigmatización, es decir, cuando la estigmatización es únicamente producto de la visión personal sobre sí mismo que el allegado tiene.

Después de “Duelo y melancolía” de Freud, el psicoanálisis tiende a reducir el duelo a un trabajo; pero hay un abismo entre duelo y subjetivación de una pérdida. “El acto es capaz de efectuar en el sujeto una pérdida sin compensación alguna, una pérdida a secas. Después de la Segunda Guerra Mundial, la muerte no espera menos (...) Pero resulta que dentro de la

³⁶ Assoun, P. (1995) Lecciones psicoanalíticas sobre la mirada y la voz. p. 48. 1ª ed. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

ausencia de ritos fúnebres, su actual salvajismo tiene como contrapartida que la muerte empuje el duelo al acto. La muerte a secas, pérdida a secas.³⁷

c) La cuestión de la Participación

Participación³⁸

Del lat. *participatio*, -ōnis.

1. f. Acción y efecto de participar.
2. f. Aviso, parte o noticia que se da a alguien.
3. f. Parte que se juega en un número de lotería.
4. f. Billeto en que consta.
5. f. Econ. Parte que se posee en el capital de un negocio o de una empresa.
6. f. desus. comunicación (trato entre personas).

La participación será delimitada y descripta a partir de uno de los fenómenos de aparición más usuales en familiares y allegados a suicidas y que está constituido por el **sentimiento de culpa**.

La noción de culpa, junto con el emergente del interrogante -el enigma-, fue cambiada en esta conceptualización por el de participación, dado que el concepto de participación permite una aproximación más certera respecto de las limitaciones que la responsabilidad implica.

Si la responsabilidad es parcial, no-toda, delimitada en cada sujeto por su vinculación con un acto, la culpa es completa, compacta, precipitando a una respuesta global sin fisuras.

³⁷ Allouch, J. “Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca”

³⁸ Enigma, legado y participación: términos tomados de la filosofía por el Lic. Roberto Urdinola en las primeras investigaciones del 2002 sobre afectación por suicidio.

Si la responsabilidad es masiva no posibilita la declinación de una búsqueda general y férrea por el/los responsable/s, impulsando a los allegados a construir una respuesta imposible de ser hallada.

Cuando de la culpa se puede virar –y trabajar analíticamente- hacia la participación, la aparición de responsabilidades parciales y diversas es posible y el sentimiento de culpa disminuye en su magnitud, propendiendo a la comprensión de las situaciones de impotencia y/o descuido respecto del acto.

En contribución y completando el poliedro de la situación con los tres ejes anteriores, se tomará de la acepción más conveniente del concepto que define el modelo articulado de los tres ejes, a saber: el concepto de “afectación” y “afectado”:

6.5. El concepto de Afectación y Afectado

*Lo que dio impulso a la investigación humana
no fue el enigma intelectual ni tampoco cualquier muerte,
sino el conflicto sentimental emergente a la muerte de seres amados
y sin embargo también extraños y odiados.
S. Freud*

Afectación

Del lat. *affectatio*, -ōnis.

1. f. Acción de afectar.

2. f. Falta de sencillez y naturalidad. Fingimiento

3. f. Extravagancia presuntuosa en la manera de ser, de hablar, de actuar, de escribir, etc.

De sus diferentes usos se tomará en especial dos de ellos. Aquel que se refiere a un daño o molestia y el delimitado en Derecho que se refiere a:

un patrimonio separado del patrimonio general de la persona con algún propósito específico.

Según el discurso jurídico *el patrimonio de afectación* se mantiene fuera del patrimonio del titular original y, si este entra en concurso, quiebra o contrae deudas, **dicho patrimonio afectado permanece intocado y destinado a los fines a los que fue asignado.**

En ello se inscribe la noción de afectado que delimita esta tesis y por la cual se indica como tal a todo aquel que estuviera cursando un estado de afectación, o sea, que señala a todo aquel donde estuviera la posibilidad de daño, molestia, extrañeza, o pérdida de naturalidad que se mantiene al margen del resto de la cualidades del sujeto

Se considera entonces que la articulación de los tres ejes -legado, enigma y participación- constituye un estado común que se denominará

Estado de Afectación (EA)

Este estado puede presentar movilidad o rigidez según sea el grado de impacto disruptivo que la situación particular tenga, y la disposición psíquica –recursos de

afrontamiento y/o mecanismos de defensa- de los allegados para metabolizar los ejes sobre los que se sostienen.

Es decir, si los allegados a un evento de suicidio disponen y/o construyen recursos intrapsíquicos que permitan metabolizar el impacto y las resonancias mortíferas que el evento suicida les infiere, mayor será la posibilidad de reducir el impacto del hecho y aumentar la inmunidad psíquica.

Cuando se comenzó a investigar sobre los ejes que componían la singularidad de los allegados a suicidas se intentó delimitar un concepto que superara el, hasta ese momento, consensuado por las teorías anteriores, de “sobrevivientes de suicidio” (Schneidman, 1965), para definir a los familiares y personas cercanas.

Considerando que un concepto que se refiriera a una acción sería más conveniente que uno que se refiriera a un estado fijo, continuo en el tiempo y que incluye al allegado en el acto suicida, se procedió a instrumentar uno que albergara no solo al allegado sino a su situación psico-emocional posterior al evento de suicidio.

Fue entonces que tomándose del término que designaba el conjunto de los tres ejes (afectación) se consensuó el uso del término **“afectado”** para designar a **los allegados – fueran estos familiares o no- con una directa relación al impacto que el evento disruptivo provocaba en estos, presentarán o no sintomatología.**

Sí se acordó continuar la designación de “sobrevivientes” a todos aquellos que hubieran efectivizado un intento de suicidio y hubieran sobrevivido.

La **diferencia entre “afectado” y “sobreviviente”** ya en los inicios del trabajo (Urdinola, Altavilla, 2002) delineaba claramente dos estados, y permitía construir las bases de las características y cualidades que se presentaban tanto en cada uno de los allegados como también en la narrativa que tenían del evento de suicidio.

Esta fue una de las primeras diferencias encontradas con los trabajos anteriores en las que se coincidió, y estableció la búsqueda de un concepto preciso con la suficiente movilidad para permitir a los allegados no verse implicados en el suicidio, y procesar en el tiempo las coordenadas a las que el acto los impulsaba.

Se intenta proponer una renovada visión de las modificaciones surgidas en los sujetos próximos a un acto suicida interpelando no solo a los mismos sujetos sino al colectivo social en su transmisión de paradigmas, ideales culturales y cosmovisión del mundo. “Dedicarse a la complejidad es introducir una manera de tratar lo real... Es reconocer que la modelización se construye como un punto de vista tomado de lo real... Y, en esta perspectiva, la exploración de la complejidad se presenta como el proyecto de mantener permanentemente abierto, en el trabajo de explicación científica misma, el reconocimiento de la dimensión de la impredecibilidad.”³⁹

La propuesta de comprender la realidad de los afectados por un acto suicida, implicaría observar la cualidad de proceso que cada sujeto y cada colectivo social construye en torno al acto, considerando no solo la vinculación con el suicida mismo (como las concepciones tradicionales afirman) sino el entrecruzamiento de coordenadas como lo son: la cuestión del/de los mandatos inferidos por dicho acto (Legado); la irrupción de interrogantes respecto del acto referidos al sujeto suicida como al suicidio como acto humano (Enigma); y las vivencias auto o hetero-referenciales sobre las causas mismas del suicidio (Participación).⁴⁰

³⁹ Idem. p.7

⁴⁰ Ver Modelo de Afectación por Suicidio en Anexo

6.6. Suicidio como evento de alto impacto disruptivo

*“Nuestro mundo siempre ha sido –siempre lo ha sido–
sostén, enigma y amenaza.”
Moty Benyakar*

Es aquí que es necesario remarcar las coordenadas del estado de afectación por sus derivaciones en la calidad de vida de los sujetos implicados. El **impacto** que un suicidio produce se ve confirmado en el desarrollo desde las producciones discursivas de los pacientes y la evaluación de las derivaciones que del evento suicida los mismos han confirmado en las escalas adjuntas.

Todos los entrevistados refieren un cambio sustancial en la calidad de vida a partir del evento, incluidos aquellos que han podido ir metabolizando algo del impacto por disponer de un dispositivo de intervención en salud mental.

Ninguno de ellos ha confirmado la presencia de recursos intrapsíquicos que proporcionen espontáneamente, luego del evento suicida, una continuidad para el placer y la construcción y/o vinculación afectiva adecuada con el entorno social.

Ninguno de ellos ha confirmado la presencia de recursos psicosociales espontáneos de amparo en la comunidad donde se alojan que proporcionen un alojamiento afectivo para la elaboración del impacto, la disminución del vivenciar de incertidumbre generado por este, y la metabolización de los elementos disruptivos que se produjeran a partir del suicidio.

La prohibición de las vivencias de placer inherentes a situaciones que previamente eran consideradas con valor positivo, viraron repentinamente a un plano que oscilaba entre la imposibilidad total, hasta la disminución marcada, con argumentos que iban desde la confirmación de inadecuación moral, hasta la ausencia de placer transitorio inmotivado.

Dichos como el “¿cómo iba a poder disfrutar de algo si X. estaba muerto?”, “¿alguna vez podré disfrutar de algo?”, “no entiendo por qué ya no disfruto de las cosas”, o “es como que tenía que alegrarme y no podía”, refieren a un devenir de *obligatoriedad de sufrimiento* de base y casi constante en sus vidas. Estas se ligaban directamente al monto de participación vivenciada, y cambiaban radicalmente cuando esta podía mutarse en un *recorte* que aludiera a una participación parcial.

Entre las referencias que los allegados sostienen de un mundo que no escucha sobre el suicidio hasta la estigmatización de llamarlos “sobrevivientes” como si hubieran participado todos de un acto colectivo de suicidio, la impronta tanática o mortífera se hace presente en cada recodo del discurso de los afectados por suicidio.

Las metodologías de abordaje en reuniones grupales para la elaboración del duelo por suicidio –Grupos de Sobrevivientes- responden a la convicción de que los sujetos que pasaron por dichas experiencias sienten, muchas veces, la necesidad de compartir lo acontecido con otros en la misma situación.

En el caso de sujetos que tuvieron proximidad a acontecimientos de suicidio y en la evidencia de que es aún más difícil de compartir las resonancias que con otras formas de muerte por la censura social del hecho, siguen impulsándose el agrupamiento, muchas veces forzado, en aglutinamientos casi masivos, donde la privacidad necesaria no suele ser contemplada.

Estos dispositivos de agrupamiento tienen ventajas y desventajas. Entre las facilidades que ofertan está la no limitación de cantidad de participantes, el permitir la inclusión de varios miembros cosanguíneos o vinculantes, carecen de limitación de tiempo y no tienen requerimientos de coordinación profesional. Las desventajas o riesgos que presentan están centrados fundamentalmente en que determinan una singularidad fija para todos –al llamarse “sobrevivientes”- coagulando la singularidad de los sujetos, desarticula los objetivos de metabolización del acto como experiencia personal

Este trabajo de investigación considera que en estos dispositivos grupales de ayuda mutua queda disuelta, desdibujada y/o perdida la riqueza de la experiencia “con el otro”, con el “semejante”. Esta riqueza se conserva cuando se realiza en dispositivos idóneos no masivos, que incluyan el trabajo de metabolización y reconstrucción más que el de catarsis.

El psicoanálisis ha abordado la cuestión de la elaboración de la angustia bajo las coordenadas de la transferencia, del tiempo psíquico, del momento del registro subjetivante. Desde el psicoanálisis, la fundamentación va desde las conceptualizaciones freudianas respecto de la agresión vuelta hacia el Yo hasta la mirada colectiva como pulsión de muerte

(Freud, *Totem y tabú*) en un intento por correlacionar la dificultad que el suicidio tiene para su determinación unívoca como acto, dado su multiplicidad de enfoques.

6.7. Procesamiento de la Experiencia Disruptiva

*“(el psicoanálisis opera allí)
a fin de que quienes tienen que atravesar esa aflicción
tengan alguna ley sobre ella en vez de sufrirla
en el enceguecimiento”*
Ginette Rimbault

Uno de los ejes significativos que se ha podido relevar en el transcurso de esta investigación es el de la **pregnancia del silencio** en torno a los sucesos de suicidio, de sus allegados, de sus derivaciones, de las vivencias intrapsíquicas y vinculares que los allegados al suicidio han sabido experimentar a lo largo de los tiempos.

Los postulados que en esta investigación se desarrollan implican considerar más que nunca una confluencia de perspectivas en **bioética**, además de las psicodinámicas, sociales, antropológicas, culturales y políticas.

Si desde los tiempos históricos donde las comunidades se han construido, la problemática del suicidio, del suicida, de sus familiares, de sus allegados, de los profesionales que los asisten, de la comunidad donde se inserta el/los suicida/s, han padecido y soportado las humillaciones más diversas, los escollos más increíbles, el apartamiento social y jurídico, incluso el maltrato que en nombre de las normas y reglas legales violan las leyes básicas de convivencia y lazo social, se torna imprescindible el restablecimiento de coordenadas adecuadas tanto éticas, como morales y culturales que orienten a los sujetos a mantenerse insertos psicosocialmente en un marco que los ampare. Todo apartamiento va en dirección de la indignidad, el desprecio por la vida y el deterioro de los valores humanos.

El trabajo metabolizador con afectados por suicidio implica un recorrido anterior al trabajo de duelo propiamente dicho, dado que, como se sostuviera anteriormente se requiere del **registro de pérdida de objeto para el inicio del duelo** mismo. Registro que se ve obstaculizado por las coordenadas de los paradigmas que una cultura provea pero que pueden acceder a un procesamiento adecuado si es que transitan, de alguna manera, por los requerimientos de los ejes de la afectación.

Los registros de las entrevistas y resultados de los protocolos aplicados corroboran las hipótesis sostenidas y refieren que la metabolización implica realizar un *entretendido* entre las

ideas precipitadas por el acto –legado, enigma y participación- y los pensamientos y deseos previos.

Si la idea respecto del suicidio se torna un saber en sí mismo, un dominio sobre los *por qué* de los suicidas, el saber inconsciente no tiene posibilidad de incluirse en el psiquismo con una marca en la historia que no sea la de morir o dominar el morir.

Nadie domina la muerte y en ese intento se puede ir la vida misma.

Entre las categorías a considerar se ha corroborado, en todos los casos relevados, que la categoría del silencio –que sobre el acto suicida y el suicida mismo se instala a posteriori del hecho- es una de las evidenciadas como patógenas y reduplicadoras del malestar, interfiriendo en lo que de los ejes psicodinámicos de la afectación por suicidio –legado, enigma y participación-, el/los sujetos implicados requieran metabolizar. Este trabajo de reconstrucción y enlace entre afecto y representación del afecto que permite historizar el acto en el devenir de su/s vida/s, queda demorado o suspendido en tanto los sujetos carecen de instancias de lazo social apropiadas donde lo indecible pueda ser expresado.

Las ideas en torno al suicidio pueden llegar a considerarse entonces socialmente no como anormales o enfermas, sino producto del estado cercano a un acto extremo.

El alivio experimentado en la generalidad de los casos cuando los allegados encuentran un espacio de intercambio abierto, fecundo, respetuoso y en especial de la diversidad de opiniones y sentimientos sobre el tema, resulta una clara evidencia de que lo silenciado en las comunidades se torna tanático y mortífero para los allegados, impulsando a los sujetos a la tramitación del acto suicida en el hermetismo casi total o en el extremo opuesto, su exposición obscena y degradante.

El silencio generalizado es una marca clave en relación al suicidio. Eliminar el suicidio como acto, como acontecimiento en la historicidad de un sujeto, de un grupo o de un colectivo social, repite la negatividad a transitar su metabolización y reconstruir(se) de la fragmentación en que el acto (suicida) deja a los allegados estableciendo los lazos interrumpidos.

Si las salidas a lo errático fueran provistas por la “identificación comunitarizante’ que inscribe al sujeto en un conjunto donde su subjetividad se disuelve”⁴¹, se habrá de interrogar sobre las posibilidades que la sociedad provee para salir de dicha situación en la proximidad a un suicidio, cuando las direcciones respecto de la salud mental señalan más una permanencia en la disolución.

Pero ¿cómo es entonces el **trabajo metabolizador para los afectados** con las marcas que el suicidio deja en la historia particular de cada uno?

Dice Alizade que “toda vida implica necesariamente toparse con las marcas de ser mortal. Por tales entiendo situaciones que aproximan vertiginosamente al sujeto la idea de su finitud a través de experiencias o vivencias directas que lo ponen en contacto con su estado (...) de ser perecedero.(...) Estas marcas graban en el psiquismo improntas de ser mortal (que) se ejecutan sobre la propia carne. Un lugar, una función del cuerpo son señalados con la muerte. Marcan una localización de pérdida”. (Alizade, 1996)

Cuando la localización de pérdida no ha podido ejercerse en *palabras dichas*, significantes de aquello imposible de ser dicho por completo, estas marcas quedan desprovistas de inserción y retornan luego en síntomas o actos, ideación extrema donde los recursos del psiquismo suelen ser escasos.

“El conflicto, para Freud, remite al triple registro de su metapsicología (...) El abandono de cualquiera de los tres registros empobrece la metapsicología.”⁴²

¿Cuál es la dimensión de cada uno de los espacios psíquicos en la afectación por suicidio? ¿Qué interrogantes se abren cuando un evento suicida conmueve las raíces de un sujeto hasta en su mínima expresión? ¿Cuál es entonces el trayecto posible de transitar para no quedar fijado en una dimensión que lo contiene pero que lo esclaviza?

Cuando se trata del suicidio consumado, en tanto muerte “por mano propia”, la dimensión de prematuridad está presente. Si frente al “antes de un tiempo” que el acto suicida

⁴¹ Stevens, A. “L’errance du toxicomane”Quarto N° 74, Revue de psychanalyse, École de la Cause Freudienne – ACF en Belgique, 2003, pag. 24

⁴² Horstein Cuerpo, Historia e interpretación. Piera Aulagnier: De lo originario al proyecto identificador”. Pág. 12 Paidós, Bs As Barcelona Méjico 1994

instala en la historicidad de los allegados, los recursos psíquicos con los que cada cual cuenta y/o los recursos colectivos resilientes son escasos para los requerimientos de amparo, cuidado y contención, la demanda al aparato psíquico de recursos propios será seguramente excesiva, y las evidencias denotan el surgimiento de mecanismos más ineficaces que eficaces.

Será oportuno entonces hablar de vivencias de desvalimiento, vacío y desamparo concomitantes a las propicias para producir una disfunción procesal, aquella en que falla la articulación de los afectos y sus representaciones.

Es por la historia de la relación con sus objetos que el Yo construye la propia, y en este trayecto, que en la historia haya un suicidio cercano, proporciona al Yo de una versión de la muerte no calculada hasta entonces a pesar del saber previo sobre su existencia.

Como refiere Aulagnier, *lo originario tiene un valor esencial y se evidencia toda vez que no esté la posibilidad de separar entre un polo subjetivo y un polo de exterioridad.*

¿Se puede pensar que el Yo conmocionado por el suicidio de alguien cercano es un Yo maniatado no solo por la dialéctica vida-muerte sino también por el relato inconcluso de otro del que no pudo anticipar ese modo de morir? Tal vez el Yo de la afectación por suicidio es un Yo en el dilema de encontrar una respuesta personal frente a la imposibilidad de respuesta toda, respuesta que por cierto solo el suicida porta.

Es en la violencia padecida por ese otro que se resta del modo natural de morir que el sujeto resignifica los modos de morir, incluido el propio. Este Yo que queda ubicado en el dilema de dar un sentido al acto suicida ajeno y cercano, no puede menos que replantearse su pasado y su futuro con las nuevas coordenadas que el acto suicida, en toda su dimensión, instala.

Historizarse incluyendo el acto suicida y al suicida mismo (dos dimensiones diferentes pero complejas y complementarias) pasan a ser una constante que, en paralelo, convoca a una respuesta del sujeto, que *empuja* e implica una respuesta vivencial pero también una respuesta imaginaria y simbólica que no siempre es factible para el sujeto de producirla.

Como Piera Aulagnier se afirma que “el trabajo analítico permite transformar la significación que de las experiencias cada sujeto haya podido hacer, vacilar el impacto que este haya provocado y sus causalidades.” (Aulagnier, 2004)

Entre la posición yoica de hacer permanecer consistente algo después de su muerte, a que con su muerte algo de sí permanezca, hay una brecha insondable con la que el sujeto se topará cuando del acto suicida de alguien cercano se trate.

Cada uno construirá una fórmula que se incline más hacia un lado o el otro y determinará su modo subjetivo de posicionamiento frente al acto suicida.

Si la madre es portavoz, si el discurso materno anticipa, será fundamental para un sujeto cuál fue la posición subjetiva y el discurso materno del acto suicida en el seno de una familia.

“Salida válida”, “fracaso”, “determinismo”, “cobardía”, “valentía”, “irracionalidad”, “máxima lucidez”, pueden ser modos de lectura posibles del acto suicida en la historicidad familiar o extrafamiliar incluso, y es factible que de presentarse alguno de ellos como críptico e inamovible el sujeto tenga obstaculizado y/o impedido algún otro modo de pensamiento propio que proporcione una identidad diferente en cuanto a la resolución de problemas que no sea el de la vida/muerte.

¿Qué podemos pensar para el devenir historizante de un sujeto si está conmocionado por un acto suicida de su partenaire, de un padre, de otro hijo? (además de otras muchas situaciones posibles donde la relevancia del que se suicida conmocione en lo particular) ¿A qué precipita el horror o el rechazo hacia un acto suicida de alguien familiar o cercano en el afecto (en la acepción más freudiana de lo familiar)?

Entonces, ¿qué ocurre cuando el dolor se torna insoportable si a la vivencia de pérdida se suma el vivenciar de incertidumbre⁴³ máximo posible?

⁴³ Vivenciar de incertidumbre: concepto desarrollado por la Dra. Andrea Altman P.h.D. del Grupo de Investigación sobre Lo Disruptivo y el Psicoanálisis – Prof. Dr. Moty Benyakar M.D. P.h.D. – Doctorado USAL-APA. -Bs As.-Arg.

Muerte y suicidio se ubican para dejar al Yo, en principio, desprovisto de elementos y precipitado a la búsqueda de algún otro elemento que posibilite alguna representación para no fundirse en una percepción en ausencia del objeto real.

Horstein confirma que “si un recuerdo genera alucinaciones y displacer masivo es porque las catexias del Yo no han influido suficientemente en el recuerdo y predomina el proceso primario.”(Horstein, 2010) No es impensable entonces que la vivencia de un suicidio cercano a una mujer durante el tiempo inicial de crianza de un niño represente un abanico de posibilidades que puedan dificultar sensiblemente el desarrollo vital del *enfant*.

El Yo, decía Freud, *contiene la historia de las elecciones de objetos*. El yo, agregará Aulagnier, es “efecto de la apropiación de los enunciados identificatorios que sobre él formularon los objetos investidos. Pondrá luego a prueba sus deseos y sus afectos y se comprometerá en sus acciones, enunciando sus propios pensamientos y sus proyectos singulares. Este yo capaz de enunciación es la instancia a la cual el analista no puede perder de vista”. (Aulagnier, 2004)

La correlatividad entre lo relevado en los métodos de evaluación: entrevistas en profundidad y la escala de sucesos vitales ESV permiten corroborar el impacto del evento de suicidio en la generalidad de los allegados. De igual manera se refleja que al aumento de la vulnerabilidad psíquica se corresponden un cambio de los conceptos de vida/muerte, una alteración de la capacidad de afrontamiento de eventos de crisis vitales, una alteración de los paradigmas de vida y una valoración de la relevancia del apego y valor que para el suicida pudieran tener.

Si bien el objetivo de esta tesis es el relevamiento y determinación de las consecuencias intrapsíquicas derivadas por la proximidad de un suicidio, no quedan fuera las investigaciones y relevamientos que del entorno sean aportadas por los mismos entrevistados y que confirmen la hipótesis de la reduplicación de las consecuencias.

Este dispositivo de intersección de los discursos con los registros personales del vivenciar intrapsíquico de los entrevistados permite abordar la magnitud y propiedades del impacto altamente disruptivo del evento suicida, la vinculación de las vivencias intrapsíquicas con el registro que del entorno psicosocial tenían cada uno de los mismos, y construir las

características propias de la afectación por suicidio además de los cambios inferidos por estos en el colectivo social en el que se insertan.

Un abordaje ético y psicoanalítico de las derivaciones de un acto suicida debe incluir necesariamente un reposicionamiento subjetivo de cada persona impactada, en relación a las coordenadas de la afectación misma dado que el impacto disruptivo de un suicidio genera una nueva configuración subjetiva en los allegados, que articula las tres dimensiones: **legado, enigma y participación**⁴⁴, instalando un nuevo paradigma donde la muerte es la solución a la conflictiva vital.

De los tres ejes de la afectación por suicidio –legado, enigma y participación- se insistirá en la relevancia que de la articulación de los mismos en el devenir temporal y la metabolización (o no) de dichas coordenadas en forma articulada, tenga para el aumento y/o disminución de la inmunidad psíquica de los allegados y el colectivo social.

El dispositivo de investigación que se postula permite la determinación de las coordenadas descriptas como **Ejes de la Afectación por Suicidio (EA)**, su vinculación modulada en el devenir temporal de los sujetos y permite un modelo de comprensión y abordaje psicodinámico multifactorial del evento suicida sin el condicionamiento preciso del tiempo transcurrido desde el evento fáctico del suicidio.

Esta investigación pone el acento en que los eventos próximos de suicidio impactan en el psiquismo instalando una idea mortífera en un cada uno de los sujetos próximos al mismo, y que este proceso se desarrolla en forma psicodinámica a partir de ejes precisos que interrelacionan entre sí, potenciándose en los casos en que no hubiere alguna dirección en contrario.

Asimismo se sostiene que en lo colectivo, en especial cuando ocurren varios hechos de suicidio y/o intentos de suicidio, se fragmentan los lazos sociales que sirven de sostén y amparo, el entorno se ve impulsado a un paradigma mortífero y se dificultan -o definitivamente obstaculizan- los proyectos vitales individuales y comunitarios.

⁴⁴ Conceptos del licenciado Roberto Urdinola en 2001 durante el trabajo conjunto en investigación sobre las derivaciones en la clínica con pacientes con antecedentes familiares de suicidio.

Se ha corroborado como típico que el empuje a la prospectiva mortífera se diera cuando dichos eventos fueran tomados como **modelo imperativo** a seguir por el entorno, la familia y/o los descendientes, como un modo válido de expresar un disenso o resolver un conflicto y/o una fuente apropiada de disminución de un dolor psíquico intolerable.

Esta investigación aporta un enfoque que permite ahondar en los modelos contemporáneos y su relación con un destino mortífero. El incremento continuo de los índices de suicidio y autolesiones a nivel mundial parecen confirmar que a pesar de las acciones y recursos conductuales desarrollados para reducir la tensión psíquica no se llegaría a actuar en profundidad sobre el malestar imperante. Por ello sería pertinente impulsar a construir métodos más eficaces e idóneos para tramitar lo desarticulado de la vivencia.

La muerte ha sido, en la variedad de la historia, un tema recurrente para pensadores y demás interesados en comprender la profundidad del ser humano.

Pero entre la diversidad, la muerte por suicidio ha ocupado un extenso espacio de expresión, por ser una situación compleja y multidimensional, que requiere de una mirada abarcativa y abierta a la incorporación de nuevos conceptos que la clarifiquen.

Los valores contemporáneos han sido ampliamente estudiados en las últimas décadas confirmando su empuje a la instantaneidad, la inmediatez, la negación de sentidos, la unificación de la mirada, la globalización de las experiencias. El mundo contemporáneo le dice *no* a la interrupción, al detenerse ante un hecho importante que imposibilita la realización de ritos necesarios al sujeto y a la cultura.

Si los rituales son prácticamente anulados en el mundo contemporáneo, más aún lo son aquellos que resultan “molestos” y que obligan a los individuos a preguntarse y responderse según su escala de valores, sus creencias y su sentir. El mundo contemporáneo “no puede detenerse” y es por tanto que imprime una sólida barrera a la posibilidad de rearmado de significaciones entre los sujetos, fragmentando aún más el entramado en el que estos se alojan.

El suicidio conmueve las raíces de la comunidad y de la sociedad donde se produce haciendo necesario la reconstrucción de los lazos sociales. En este nuevo entramado se reconstruyen asimismo las coordenadas de las identidades precedentes, la historia de la

comunidad, sus paradigmas, sus ideales generacionales y los ideales nuevos, entretejidos de los paradigmas contemporáneos.

Cuando la muerte se construye como un paradigma de resolución de los problemas o de discurso contestatario, es factible que el suicidio, como las autolesiones sean *marcas* que responden a la necesidad de un dialogo que aún no encuentra modos francos, directos, simbólicos y reflexivos de establecerse.

Los sujetos pueden recorrer entonces un camino de deriva y extravío que conduce usualmente a modos mortíferos más que a modos constructivos y creativos para afrontar los dilemas actuales. Es menester que los profesionales aportemos herramientas para el encuentro con modelos y posiciones subjetivas más dilemáticamente positivas en un colectivo social adecuado.

Las variadas razones que hacen al incremento geométrico de los índices de suicidio, especialmente en adolescentes y jóvenes, sin distinción de países, condición social, etc.; hacen necesario puntuar aquellas razones que corresponden linealmente a la ausencia de sentido, de lazo y de afecto, cuando de la multiplicidad de razones convergen insistentemente en ellas.

Es por esto que en el máximo de la fragmentación, el encuentro con *alguien que realmente escuche* permite ir en un camino inverso al no-hay-nadie del discurso contemporáneo.

6.8. Discusiones

Durante este desarrollo de investigación se ha avanzado desde conceptos que, esbozados en elaboraciones teóricas previas como fenómenos de aparición posteriores al evento suicida, carecían de una visión detallada, un análisis en profundidad y un encuadre integrado psicodinámico.

Se vio demostrado, como se postula en las hipótesis que en la generalidad de los casos los sujetos que han pasado por un suicidio próximo refieren que dicho evento ha tenido derivaciones intrapsíquicas directas (alteraciones psíquicas y físicas) e indirectas (relacionales, comunicacionales, actitudinales, etc.) que obstaculizaban el desempeño de funciones en las que se desempeñaban previo al hecho.

Asimismo las restricciones que de modo típico hubieran registrado disminuyeron por efecto de un entorno continente y amparador con la consecuente disponibilidad de cada sujeto de apropiarse de los efectos positivos del mismo. Es en el encuentro entre un Yo que requiere de mejores modos procesuales para situarse en su comunidad y el mundo que dicho enlace pueda acontecer. Por ello las representaciones colectivas y los paradigmas sociales son, según su parecer, las coordinadas para la recomposición intrapsíquica, el encuentro con un lugar que lo aloje y contenga y la posibilidad que de este encuentro algo advenga posible como sentido vital propio y común a otros.

En el 20% de los sujetos evaluados dicha metabolización del suceso se vio interferida por la existencia de sucesos precedentes perturbadores que repetían la situación de desamparo y vacío (caso M.a. y J.)

La distorsión del proceso articulador en el psiquismo de los damnificados por un evento de suicidio próximo requiere de un trabajo metabolizador de los recursos psíquicos del Yo frente a la adversidad. Se ha puesto de manifiesto que las dificultades que el Yo experimenta para procesar adecuadamente el evento luego de un suicidio confirman la dimensión de exigencia que el aparato psíquico ha tenido que soportar y el caudal de recursos extraordinarios que, de allí en más el mismo Yo requiera, necesite y procese.

Los mismos sujetos de esta investigación han designado, con alguna de las formas expresivas de que disponen, la emergencia de estos ejes conceptuales que esta tesis sostiene: el cuestionamiento sobre las razones para suicidarse –enigma-, las consecuencias imperiosas

que el acto suicida acarree a los sujetos del entorno y al colectivo social –legado-, y el grado y cualidad de la responsabilidad propia (o ajena) sobre el suicidio mismo –participación-. La insistencia de esta tesis que ha quedado demostrada, es que estos ejes o emergentes no se presentan aislados sino que se integran, interrelacionan y potencian unos a otros, dentro del marco de aislamiento o apertura que cada sujeto y entorno pueda facilitar. El silencio en cualquiera de sus modos de aparición hace consistente la imposibilidad de metabolización. Las referencias discursivas o narrativas que los mismos sujetos dan sobre el curso de los avances y/o detenimientos del procesamiento psíquico normal refieren tanto la insistencia por la necesidad de superar el hecho como de tramitarlo adecuadamente. Se tomará de uno de estos para formalizar lo que la generalidad de los sujetos manifiesta: “El suicidio tira abajo nuestras certezas. Volvemos a preguntarnos las cosas que creíamos pensadas. Incluso llegamos a dudar de aquellas ideas que en realidad pensamos, pero necesitamos de esa “vuelta” para volver a confirmarlas. No te enojés con vos misma si te enfurecés, me digo, es lógico. Como no vas a enfurecerte si te cambiaron la óptica de la visión. Ahora debes mirar con nuevos ojos la vida y además incluir lo que de tu vieja visión seguís teniendo. Pero todavía no sabes lo que vas a dejar y que quitar y modificar.” MS.

Y por último se confirman los objetivos en cuanto a la vinculación social. Los discursos de los allegados sostienen que la articulación de los ejes –legado, enigma y participación- no ha sido sin sobresaltos, alternancia en el tiempo y dificultad por la presencia de elementos obstaculizadores en el entorno social.

Estos mitos contruidos a partir del carácter *impuro* que para toda muerte que no contemple aristas esperables, lógicas y adecuadas –como lo podrían ser las muertes de ancianos, enfermos graves, etc.-, se incrementa y adquiere relieves en extremo patógenos en las muertes por suicidio. Esto se puso de manifiesto en la narrativa de los allegados y en especial aquellos que por el devenir del hecho en sus particularidades puedan ser vistos por el colectivo social como improcedentes –tanto respecto del suicida como de los allegados a él. (Caso M.a., H y E.)

Se tuvo en cuenta que en expresión de los entrevistados la articulación de los ejes entre sí y su direccionalidad hacia un mejor funcionamiento psíquico y vincular, incluye la

consideración que serán las bases para la construcción de relaciones objetales de mayor nivel de evolución que las previas al evento disruptivo.

7. CONCLUSIONES

Era menester ahondar en las coordenadas que se presentan luego de eventos de alto potencial disruptivo en el entorno -como lo es el de suicidio-, más aún cuando de ello depende la reorganización de una estructura colectiva que posibilite el despliegue del potencial psicosocial de cada uno de sus integrantes.

Estas investigaciones y desarrollos en postvención en suicidios consumados han implicado considerar más que nunca una confluencia de perspectivas en bioética. Si desde siempre el suicidio, sus familiares, sus allegados, los profesionales asistentes, la comunidad donde se inserta, han padecido y soportado el apartamiento social y jurídico, las humillaciones más diversas, incluso el maltrato que en nombre de las normas y reglas legales violan las leyes básicas de convivencia y lazo social, se torna imprescindible el restablecimiento de coordenadas adecuadas tanto éticas, como morales y culturales que orienten a los sujetos a mantenerse insertados psicosocialmente en un marco que los ampare. Todo apartamiento de los allegados va en dirección de la indignidad, el desprecio por la vida y el deterioro de los valores humanos.

Es en el *movimiento* que un suicidio provoca en los allegados, en el grupo social próximo y en la comunidad donde se aloja, donde veremos las *coordenadas* precisas que dificultan y/o impiden el despliegue de subjetividades y la inserción de las mismas en un proyecto social compartido.

Solo por citar algunas, ciertas consideraciones de la modernidad ponen de manifiesto el valor de dedicarse a estas investigaciones, las por venir y la trasfencia de lo investigado a otras disciplinas, por ser evidente el incremento de los casos de suicidio y las dificultades que las instancias de salud tienen para el mantenimiento de las tasas de suicidio bajas a lo largo del tiempo.

La singularidad del allegado a un evento de suicidio se pone en juego desde los tres ejes de significación presentados hasta aquí –legado, enigma, participación-. De este modo se comprende que esta significación surja en forma articulada y que, de este modo, los ejes conceptuales pueden visualizarse integrados tal que puedan verse su fijeza, sus cambios

dinámicos a lo largo del tiempo y su correlación con las producciones nuevas que el sujeto –o el colectivo social- alcance a realizar.

En las narrativas de los allegados este ir y venir de los cuestionamientos sobre el porqué del suicidio, hasta las consecuencias actitudinales que de estos se deriven implicarán una peculiaridad de la historia individual de cada uno pero conservará la propiedad de poder transitar por categorías registradas, comprendidas y anticipadas que la metabolización del impacto disruptivo requieren.

Siguiendo aportes de Zukerfeld (2016) sobre las implicancias de la cultura en las coordenadas intrapsíquicas de los sujetos en vulnerabilidad, es menester no descuidar para el análisis de las consecuencias en general, que los afectados por eventos de suicidio próximos están inmersos en un entorno o contexto con características “enfermantes”, que “principalmente es buscador de *servicios* y muy secundariamente protagonista de *procesos*.” [Zukerfeld, 2016:111]

“En términos generales un sujeto se torna vulnerable a enfermar en relación a sus modos de registrar, significar y afrontar las señales y las magnitudes traumáticas que provienen de esas (cuerpo, vínculos, medios ambiente) fuentes.” (...) “La vulnerabilidad somática es, (...) una condición intrapsíquica (...) que incluye necesariamente dimensiones vinculares y ambientales.”

Lo que se entiende como “mayor o menor vulnerabilidad (...) la entendemos directamente asociada a la noción de malestar que puede estudiarse en relación a la calidad de vida, los sucesos traumáticos, históricos y actuales y la existencia o no de una red vincular que brinde sostén. Lo que hoy en día adquiere mayor relevancia es determinar la vulnerabilidad de un sujeto: ¿de qué depende prioritariamente la aparición de síntomas somáticos? ¿por qué se cristalizan, exacerban y complican? ¿es posible predecir de acuerdo a las características del funcionamiento psíquico una respuesta somática? [Zukerfeld, 2016:106]

6.9. Limitaciones y líneas futuras de trabajo e investigación

“Ese mundo no existe, hay que crearlo, como el fénix.”
J. Cortázar

*“Lo que dio impulso a la investigación humana
no fue el enigma intelectual ni tampoco cualquier muerte,
sino el conflicto sentimental emergente a la muerte de seres amados
y sin embargo también extraños y odiados”*
Consideraciones sobre la guerra y la muerte
S. Freud

La metabolización de las características psicodinámicas propias de la afectación por suicidio promueve y aumenta la inmunidad psíquica de los mismos afectados y del colectivo social en el que se insertan, pero es menester determinar sus limitaciones. Entre ellas podemos citar la dificultad para la transferencia de la experiencia en el campo de la metabolización. Lo riesgoso de que las coordenadas de los ejes de afectación se vuelvan objetivos de evaluación automático y pierda su relevancia la subjetividad del afectado. La necesidad de elaboración de guías de abordaje para la evaluación de la afectación, dimensión de vulnerabilidad y riesgo suicida pueden favorecerse por el uso de los EA pero verse estandarizadas y reduplicar el efecto estigmatizador que la masificación ocasiona en las comunidades.

La intervención desde la perspectiva psicodinámica con afectados por suicidio permite construir un espacio vincular donde las dimensiones particulares del legado, el enigma y la participación se evidencien, se configure una visión de red social continente y se desarticule el imaginario social de fragmentación y desamparo psicosocial. Las investigaciones podrán tomar nuevas categorías a saber: aspectos geopolíticos, antropológicos, alteraciones por migraciones no esperadas y/o rechazadas culturalmente, etc. Para ello será estimable que los dispositivos clínicos de atención incluyan la detección de los eventos altamente disruptivos de la historia de cada consultante y/o personas damnificadas por otros eventos, el relevamiento en la historia vital de la metabolización producida por el propio sujeto, por recursos metabolizadores del entorno y por efecto del encuentro del potencial psíquico con lo fáctico.

Evaluar las características de las regiones por el cambio del entramado cultural puede posibilitar el fortalecimiento de los lazos sobre bases de genuino intercambio, de verdadero “encuentro”, de “puentes simbólicos” donde elaborar los avances culturales y/o científicos sin el deterioro de la construcción de subjetividad inherente al humano

Se sostiene la relevancia que tienen las investigaciones sobre los efectos de la multiplicación de información a partir del crecimiento geométrico de las redes sociales y su vinculación con estrategias para el aumento de la inmunidad psíquica en la población en general y en afectados por suicidio en particular.

Es de interés que los dispositivos tecnológicos que puedan ser utilizados para el aumento de la inmunidad psíquica y la metabolización de eventos de potencial disruptivo contemplen necesariamente una investigación profunda para no reduplicar el malestar actual.

Para ello la investigación sobre los dispositivos en salud mental que contemplen el uso de las redes sociales para la transmisión de valores culturales deben evaluar permanentemente el respeto por la diversidad y rescaten las diversas formas en que los seres humanos se comunican genuinamente.

*"Et lux in tenebris lucet",
(y la luz brilló en medio de la oscuridad)*

8. BIBLIOGRAFÍA

- Alizade, A.M. (1996) *Clínica con la muerte*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Altavilla, D. (2012) “(Re)construcciones luego del suicidio” en Chávez Hernández, A. M. *Salud mental y malestar subjetivo: debates en Latinoamérica*. Manantial, Buenos Aires.
- (2012) *Clínica con la afectación por suicidio: dispositivos clínicos de enfoque analítico*. II Congresso da Associação de Suicidologia da América latina e Caribe (ASULAC) Rev. Médica de Minas Gerais; 16 (16 (4 Supl 3): 139-220, 2006
- 2012) *Los allegados al suicida: ser-afectados por el acto*. II Congresso da Associação de Suicidologia da América latina e Caribe (ASULAC) Rev. Médica de Minas Gerais; 16 (16 (4 Supl 3): 139-220, 2006
- (2014) *Lo que el cine nos enseña sobre el suicidio de un hijo*. en Benyakar, M., Michel Fariña, J. J. (comp). *Lo disruptivo en el cine: Ensayos ético-psicoanalíticos*. 1ª.ed. Letra Viva. Buenos Aires.
- (2014) *Suicidio: atravesamiento del silencio en la (re)construcción de la subjetividad en Identidades, vínculos y transmisión generacional*. Klein, A., Chávez Hernández, A., Macías García, L. y Rea, C. (comp.) 1ª ed. Ed. Manantial. Buenos Aires.
- American Psychiatric Association (2002) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV – TR*. (1ª ed.) Barcelona: Masson.
- Álvarez, A. (1999) *El dios salvaje. Un estudio del suicidio*. Ed. Norma. Colombia.
- Allouch, J. (2006) *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*” El cuenco de plata. Buenos Aires.
- Annon, J (1995) *The psychological autopsy*. American Journal of Forensic Psychology. Vol. XII (2), pp. 39-45. USA.
- Aulagnier, P. (1994) *De lo originario al proyecto identificador*. Paidós. Buenos Aires.
- *Un interprète en quête de sens*, Ramsay, Paris.

- (2004) *La violencia de la interpretación*. Amorrortu Ed. Buenos Aires.
- Ariès, P. (1982) *La muerte en Occidente*. Argos Vergara. Barcelona.
- Assoun, P. (1995) *Lecciones psicoanalíticas sobre la mirada y la voz*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- (2003) *Lecciones psicoanalíticas sobre la angustia*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Aszkenazi, M. (1991) *Sucesos de Vida y Psicopatologías* en Casullo, M.M. Figueroa, N. B.L.de y Aszkenazi, M. (Eds.). *Teoría y Técnicas de Evaluación Psicológica*. Ed. Psicoteca. Buenos Aires.
- Badiou, A. (1999) *Reflexiones sobre nuestro tiempo: Interrogaciones acerca de la ética, la política y la experiencia de lo inhumano*. Ed. Del Cifrado. Buenos Aires.
- *El cine como experimentación filosófica*
- Barthés, R. (2002) *Ensayos Críticos*. Seix Barral Ed. Madrid.
- (2009) *Diario de duelo*. Buenos Aires.
- Beautrais A, Fergusson D, Coggan C, Collings C, Doughty C, Ellis P, et al. (2007) *Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence.*;120(1251):1-13.Nueva Zelanda
- (2005) Collings SCD, Ehrhardt P. *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Ministry of Health. Wellington
- Becerra, Beatriz. (2012) *La estirpe de los niños infelices*. Ed. Ibuku. Madrid, España.
- Benjamin, W. *Tácito y barroco fúnebre*
- (2013) *Historias desde la soledad y otras narraciones*. 1ª ed. Cuenco de Plata, Buenos Aires
- Benyakar, M. (1999), “La vivencia: articulación entre el afecto y la representación”, *Revista de Psicoanálisis*, t. LVI, Nº 3, julio-septiembre, pp. 591-603.

----- (2006). *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos.

----- (2005). *Lo traumático. Clínica y paradoja. Tomo 1: El proceso traumático*. Buenos Aires: Biblos.

----- (2006). *Lo traumático. Clínica y paradoja. Tomo 2: Abordaje clínico*. Buenos Aires: Biblos.

----- (2015). *Lo disruptivo: de lo fáctico a lo psíquico*. Buenos Aires: Inédito.

Benyakar, M.; Michel Fariña, J.J. (comp.) *Lo disruptivo en el cine: Ensayos ético-psicoanalíticos* – 1ª ed.- Buenos Aires – Letra Viva, 2014

Bowly, J. (1980) *La pérdida afectiva*. Paidós.

Cancrini, Tonia. (2005) *Un tiempo para el dolor. Eros, dolor y culpa*. Buenos Aires.

Casona, Alejandro (2005) *Prohibido suicidarse en primavera*. Buenos Aires.

Casullo, M., Bonaldi, P.& Liporace, M. (2006). *Comportamientos suicidas en la adolescencia: Morir antes de la muerte*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

----- (1994). *Comportamiento suicida adolescente. Epidemiología y prevención*. en: S. Quiroga (comp). *Patologías de la autodestrucción en la adolescencia*. Kargieman ed. Buenos Aires.

----- (2005). *Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social*. Anuario de investigaciones, 12, 173-182.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185116862005000100017&lng=es&tlng=es

Chávez Hernández, A.M., Macías García, L.F. (2007) *El fenómeno del suicidio en el estado de Guanajuato*. 2ª ed. Gto., México: Universidad de Guanajuato.

Chávez Hernández, A.M., Leenaars, A. *Edwin S. Schneidman y la suicidología moderna*. Revista Salud mental. Vol. 33, N° 4, Guanajuato, 2010.

- Chávez Hernández, A.M., Macías García, L.F., Klein, A. (2012) Salud mental y malestar subjetivo Debates en Latinoamérica. Altavilla, Diana. Reconstrucción(es) luego de un suicidio: Afectación en la familia y el entorno social. 1ª ed. – Buenos Aires: Manantial, 2012. P. 35.
- Chávez-Hernández, A.M. (2010) *Edwin Schneidman y la suicidología moderna*. Salud Mental. Vol.33, N°4, Publicación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz: México,
- Cross, T., Gust-Brey, K. Ball, P. B. (2002) *A Psychological Autopsy of the Suicide of an Academically Gifted Student: Researchers' and Parents' Perspectives*. Gifted Child Quarterly Vol. 46 (4), pp. 247 – 264.
- Cobain, K. (2006) Diarios. España: Reservoir Books
- Cohen Agrest, D. (2007). (2007) *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires. 1ª ed. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires
- Cosentino, J.C. y otros.: “Lo siniestro en la clínica psicoanalítica” Ed. Imago, 2001
- Deleuze, G. (2005) *Lógica del sentido*. 1ª ed. Paidós. Buenos Aires.
- (2003) *En medio de Spinoza*. – 1ª ed. Cactus. Buenos Aires.
- VI. *Ética. Afección, afecto y esencia*. Pág.75
- Delillo, D. (2002) *Body Art*. Circe. Barcelona.
- Di Benedetto, A. (1999) *Los suicidas*. Hidalgo Editores. Buenos Aires.
- Dinés, A. (2004) *Morte no paraíso: a tragédia de Stefan Zweig*. 3ª ed. Rocco. Rio de Janeiro
- Dólar, M.: (2007) *Una voz y nada más*. Manantial. Buenos Aires.
- Doltó, F. (1977). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós
- Fantin J.C. y Firdman, P.(comp.) (2009) *Bioética, salud mental y Psicoanálisis*. Buenos Aires.
- Freud, S. (1894): *Neurosis de angustia. Obras completas. Tomo III*. Amorrortu. Buenos Aires.

- Freud (1894) *Las neuropsicosis de defensa. Obras completas. Tomo III.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud (1985) *Proyecto de una psicología para neurólogos. Obras completas. Tomo I.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud (1895) *Estudios sobre la histeria. Obras completas. Tomo II.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud (1896) *La etiología de la histeria. Obras completas. Tomo XIII.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud (1900) *La interpretación de los sueños. Obras completas. Tomo V.* Amorrortu Buenos Aires.
- Freud (1904) *Sobre psicoterapia. Obras completas. Tomo V.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud (1912-1913): *Tótem y tabú. Algunos aspectos comunes entre la vida mental del hombre primitivo y los neuróticos. Obras completas. Tomo XIII.* Amorrortu. Buenos Aires
- Freud (1914) *Introducción del narcisismo. Obras completas. Tomo XIV.* Amorrortu. Buenos Aires
- Freud (1915) *Duelo y melancolía. Obras completas. Tomo XIV.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud (1915) *La represión. Obras completas. Tomo XIV.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud (1915) *Lo inconsciente. Obras completas. Tomo XIV.* Amorrortu. Buenos Aires
- Freud (1915) *Pulsiones y destinos de pulsión. Obras completas. Tomo XIV.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud (1916-17 [1915-17]). *Conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras Completas. Tomo XXII.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud (1920) *Más allá del principio de placer. Obras completas. Tomo XVIII.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud (1923) *El yo y el ello. Obras completas. Tomo XIX.* Amorrortu. Buenos Aires.

- Freud (1924) *El problema económico del masoquismo. Obras completas. Tomo XIX.* Amorrortu. Buenos Aires
- Freud (1925 [1924]) *Nota sobre la pizarra mágica. Obras completas. Tomo XIX.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud (1925) *Inhibición síntoma y angustia. Obras completas. Tomo XX.* Amorrortu .Buenos Aires.
- Freud (1925) *La negación. Obras completas. Tomo XIX.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud (1927) *Fetichismo. Obras completas. Tomo XXI.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud (1937) *Análisis terminable e interminable. Obras completas. Tomo XXIII.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud (1937) *Construcciones en el análisis. Obras completas. Tomo XXIII.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud (1940[1938]) *Esquema del psicoanálisis. Obras completas. Tomo XXIV.* Amorrortu Buenos Aires.
- Freud (1940[1938]) *La escisión del yo en el proceso defensivo. Obras completas. Tomo XXIV.* Amorrortu. Buenos Aires.
- Heidegger, M (1926) *El ser y el tiempo.* Fondo de Cultura Económica. Méjico, 1967
- Horstein, L. (1991) *Cuerpo, Historia e interpretación.* Paidós. Buenos Aires.
- (2010) *Intersubjetividad y clínica* Paidós. Buenos Aires.
- García, T. (1999) *La autopsia psicológica en las muertes violentas.* Revista Española de Medicina Legal. Vol. XXIII (86-87), pp. 75-82.
- Green, A. (1986) *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.* Amorrortu. Buenos Aires
- Guyomard, P. (1997) *El Goce de lo trágico: Antígona, Lacan y el deseo del analista.* Ed. De la Flor. Buenos Aires

- Jasiner G. (2007) *Coordinando grupos. Una lógica para los pequeños grupos*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Kierkegaard, S. (1957) *Antígona* Ed. Losange—ed.agotada
- Laurent, E. (2002) *Los objetos de la pasión*. Ed. Tres Haches. Buenos Aires.
- , (2002) *El revés del trauma*. Virtualia 6 : 2-7
- Le Breton, D. (2011) *Conductas de riesgo: de los juegos de la muerte a los juegos de vivir*. Topía Editorial. Buenos Aires.
- Loffreda, E. (2003) *La muerte. El psicoanálisis y los límites de la experiencia*. Buenos Aires.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. *Suicide prevention strategies: a systematic review*. JAMA. 2005;294(16):2064-74.
- Marcilli, A. *La función del padre*. Revista Conjetural N° 20 Bs As
- Morin, E. (1990) *Introducción al pensamiento complejo*. Ed. Gedisa. Madrid.
- National Office for Suicide Prevention Strategy for England. London: Department of Health; 2002. National Office for Suicide Prevention (NOSP) .(2011)
- National Office for Suicide Prevention. Annual Report 2010. National Office for Suicide Prevention (NOSP) Dublin.
- Niemeyer, R. A. Burke, L.A., & Lawson, K. (2013) *Community-based participatory research in bereavement. Bridging research and practice in the wake of traumatic loss*. Grief Matters: The Australian Journal of Grief & Bereavement, Autumn,
- Niemeyer, R.A. (2012) *Techniques of grief therapy: creative practice for counseling the bereaved*. New York: Routledge
- (2002). *Aprender de la pérdida*. Barcelona. Paidós.
- (2014) *Definitional issues in the aftermath of suicide*. Suicide and Life-Threatening Behavior, Jahrgang 44. S. 591–600.
- & J. Cerel, JL McIntosh, M. Maple und D. Marshall, *The continuum of "survivorship"*.

- & Burke, L., Mackay, M., van Dyke Stringer, J., (2009) *Grief Therapy and the Reconstruction of Meaning: From Principles to Practice*. Journal of contemporary psychotherapy
- Baldwin, S. & Gillies, J. *Continuing Bonds and Reconstructing meaning*.
- Peralta Lugones, T. (2009) *Retrato de Familia*. 1era ed. Emecé. Buenos Aires
- Pipkin, M. (2009) *La muerte como cifra del deseo. Una lectura psicoanalítica del suicidio*. Buenos Aires.
- Pizarnik, A. (2005) *Diarios*. 2ª ed. Lumen. España
- Ricoeur, Paul: (2008) *Vivo hasta la muerte. Seguido de fragmentos*. Fondo de cultura económica. Buenos Aires.
- (2007) *Autobiografía intelectual*. 1ª ed. Nueva Visión. Buenos Aires
- (2011) *Si mismo como otro*. 1ª ed. 4ª reimp. Siglo XXI ed. Buenos Aires
- (1999) *De otro modo*. 1ª ed. Antrophos. Barcelona
- (2004) *Finitud y culpabilidad*. Trotta ed. Madrid.
- Rimbault, G. (1975) *El niño y la muerte*. Saltés. Madrid
- Ritvo, J. *Lo Terrible* (2001) Revista Conjetural N° 37. Grupo Editor Latinoamericano. Buenos Aires
- Ruiz Pérez I, Orly de Labry Lima A. (2006) *El suicidio en la España de hoy*. Gac Sanit.;20(1):25-31.
- Simondon, G. (2009) *La individuación* Ed. Cactus, Buenos Aires
- Schneidman, Edwin S. (1980) *Voice of death*. Harper & Row New York
- (1985) *Definition of suicide*. Wiley. New York:
- (1993) *The psychological autopsy*
- (1993) Farberow, N.L. *Duelo después del suicidio*. AA Leenaars ed

- (1994) *El suicidio como Psychache: Un enfoque clínico de Comportamiento auto-destructivo*. Northvale, NJ . American Psychologist. Jason Aronson, Inc. London:
- (1984) *Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy*. American J. Psychotherapy.
- (1980) *Psychotherapy with suicidal patients*. Karasu, T., Bellak, L. eds Specialized techniques in individual psychotherapy. Brunner/Mazel. New York
- Sand, D. & Tenant, M. (2010) *Transformative learning in the context of suicide bereavement*. Bereaved by Suicide Service. University of Technology. Australia
<https://journals.sagepub.com/home/aeq>
- Soler, C. (2010) *Los estados depresivos*. Publicación AUN – Año 2 – N° 3 y 4. Foro Psicoanalítico del Río de la Plata.
- Stevens, A. (2003) *L'errance du toxicomane*. Quarto N° 74, Revue de psychanalyse, École de la Cause Freudienne – ACF Belgique
- Tuesca Molina, R. y Navarro Lechuga, E.(2000) *Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio*. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Univ. de Barranquilla, Colombia.
- U.S. Department of health and human services. (2001) *National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action*. U.S. Department of health and human services. Rockville (MD)
- Viltard, M. (1996) *Volverse del color de los muertos*. Revista Litoral N° 22. Edelp. Buenos Aires.
- Weisman, A. y Kastenbaum, R. (1968), *The psychological autopsy: A study of the terminal phase of life*. Committee Mental Health Journal 4.
- Werlanga BG, Botegab NJ. (2003) *A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases*. Rev Bras Psiquiatria;25(4):212-9.

World Health Organization. Prevención del suicidio: Un instrumento para los medios de comunicación [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2000. [citado 9 dic 2011].

Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf.

----- (2000) *Estudio de intervención multicéntrico sobre comportamientos suicidas SUPRE-MISS*: protocolo de SUPRE-MISS. Ginebra Informe No.: WHO/MSD/MBD/02.1.

----- (2001) *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra.

----- (2006) *Prevención del suicidio. Recursos para consejeros*. Ginebra

----- (2007) *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*. Ginebra

----- (2006) *Prevención del suicidio. Un instrumento en el trabajo*. Ginebra

----- (2009) *Prevención del suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea*. Ginebra

----- (2000) *Prevención del suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes?* Ginebra

----- (2005) *Conference on Mental Health*; World Health Organization, Helsinki:

Žižek, Slavoj: (2002) *Mirando al sesgo. Una introducción a Jacques Lacan a través de la cultura popular* Paidós. Buenos Aires.

Zoltan Mehesz, K. (1967). *El hombre antiguo y el suicidio*. Dirección Gral. de publicaciones.

Zukerfeld, R. & Zonis Zukerfeld, R.(2005) *Procesos Terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia*. 2ª ed. Ampliada. Lugar Editorial Ciudad Autónoma de Buenos Aires